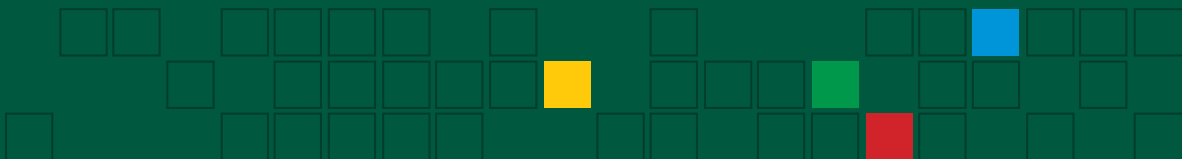




A TRAJETÓRIA
DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO
NA SAÚDE

1991-2004



PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

MINISTRO DA SAÚDE
José Saraiva Felipe

SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MEC
Jairo Jorge

SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MS
José Agenor Álvares da Silva

**SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)**
Francisco Eduardo de Campos

**PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E
PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA**
Reynaldo Fernandes

DIRETOR DE GESTÃO E PLANEJAMENTO
Paulo Mauger

**DIRETORA DE TRATAMENTO E DISSEMINAÇÃO
DE INFORMAÇÕES EDUCACIONAIS**
Oroslinda Taranto Goulart

DIRETORA DE ESTATÍSTICA DA EDUCAÇÃO BÁSICA
Maria Inês Pestana

**DIRETORA DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
EM EXERCÍCIO**
Luiza Massae Uema

DIRETOR DE AVALIAÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS
Ataide Alves

DIRETOR DE ESTATÍSTICAS E AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR
Dilvo Ristoff

COMISSÃO GESTORA

Amir Limana (Deaes/Inep/MEC)
Ana Estela Haddad (DEGES/SGTES/MS)
Ana Maria Lório Dias (ForGRAD)
Célia Regina Pierantoni (DEGES/SGTES/MS)
Dilvo Ristoff (Deaes/Inep/MEC)
Iara de Xavier (Deaes/Inep/MEC)
Jaime Giolo (Deaes/Inep/MEC)
Tânia França (IMS/UERJ)

COMISSÃO ASSESSORA



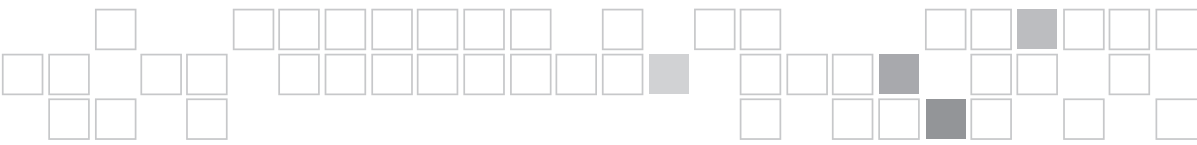
Denise Maria Sousa de Mello (ForGRAD/Saúde)
Éfrem de Aguiar Maranhão (UFPE)
Eleuda Coelho de Oliveira (Deaes/Inep/MEC)
Fernando Antonio Menezes da Silva (UFRR)
Fátima Scarparo Cunha (CTA/Inep/MEC)
Karla Tadeu Duarte de Oliveira (Deaes/Inep/MEC)
Laura Bernardes da Silva (Deaes/Inep/MEC)
Lena Cavalcanti Falcão (Deaes/Inep/MEC)
Maria Celeste Morita (UEL)
Marcos Ribeiro Ferreira (UFSC)
Odete Messa Torres (DEGES/SGTES/MS)
Palmira Sevegnani de Freitas (Deaes/Inep/MEC)
Rosimeira Maria Peres Andrade (DEGES/SGTES/MS)
Teresa Maria Passarella (DEGES/SGTES/MS)



A TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA SAÚDE 1991-2004

ORGANIZADORES

Ana Estela Haddad (DEGES/SGTES/MS)
Célia Regina Pierantoni (DEGES/SGTES/MS)
Dilvo Ristoff (Deaes/Inep/MEC)
Iara de Moraes Xavier (Deaes/Inep/MEC)
Jaime Giolo (Deaes/Inep/MEC)
Laura Bernardes da Silva (Deaes/Inep/MEC)



TIRAGEM

2.000 exemplares

EDITORIA

Inep/MEC – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
Educaionais Anísio Teixeira
Esplanada dos Ministérios, Bloco L, Anexo 1, 4º Andar, Sala 418
CEP: 70047-900 – Brasília - DF – Brasil
Fones: (61) 2104-8438, (61) 2104-8042
Fax: (61) 2104-9441
editora@Inep.gov.br

DISTRIBUIÇÃO

Inep/MEC – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
Educaionais Anísio Teixeira
Esplanada dos Ministérios, Bloco L, Anexo 2, 4º Andar, Sala 414
CEP: 70047-900 – Brasília - DF – Brasil
Fones: (61) 2104-9509
Fax: (61) 2104-9441
publicacoes@Inep.gov.br
<http://www.Inep.gov.br/pesquisa/publicacoes>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educaionais Anísio Teixeira

A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educaionais Anísio Teixeira, 2006.
15 v. : il. tab.

ISBN 85-86260-12-6 (Obra Completa)

Também em CD-ROM.

Conteúdo: Biomedicina ; Ciências biológicas ; Educação física ; Enfermagem ; Farmácia ; Fisioterapia ; Fonoaudiologia ; Medicina ; Medicina veterinária ; Nutrição ; Odontologia ; Psicologia ; Serviço social ; Terapia ocupacional.

1. Educação superior. 2. Saúde. 3. Recursos humanos. 4. Formação profissional. I. Haddad, Ana Estela. II. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educaionais Anísio Teixeira. II. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

CDU 378:61

ISBN 85-86260-13-4

A TRAJETÓRIA
DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO
NA SAÚDE
1991-2004

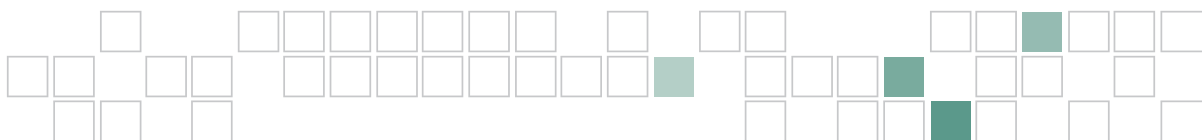
Em consonância com os preceitos legais, compete ao Ministério da Educação, dentre outras ações, definir as políticas de formação da educação superior, regular as condições de sua oferta e avaliar a qualidade dessa formação; e, ao Ministério da Saúde, dentre outras ações, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Entretanto, por muito tempo, houve dissociação entre formação de profissionais de saúde de nível superior e necessidades de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Em alguma medida, esse fenômeno vinha ocorrendo devido a uma tímida articulação entre os dois ministérios. Essa situação está sendo substancialmente alterada no atual governo, que vem estabelecendo uma política articulada de educação na saúde, desde a educação básica, passando pelo ensino técnico profissional, graduação e pós-graduação lato e stricto sensu, institucionalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005. Essa portaria institui a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área.

Atualmente, um amplo movimento nacional e internacional agrega ao investimento em infra-estrutura e tecnologia – considerado sinônimo de desenvolvimento da atenção à saúde, em décadas anteriores – a importância fundamental da formação dos profissionais da saúde na qualidade do atendimento e na consolidação do sistema de saúde.

Neste ano de 2006, em que a Organização Mundial da Saúde elegeu para o Dia Mundial da Saúde o tema Recursos Humanos, temos a satisfação de apresentar esta publicação, iniciativa conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, que traz um panorama atualizado sobre a trajetória das 14 áreas da saúde, bem como o perfil e a distribuição dos ingressantes e concluintes dos cursos dessas áreas.

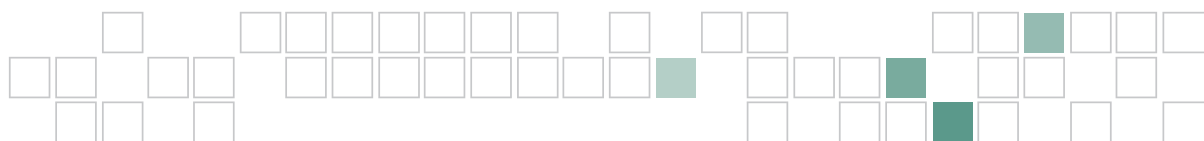
FERNANDO HADDAD
Ministro da Educação

SARAIVA FELIPE
Ministro da Saúde



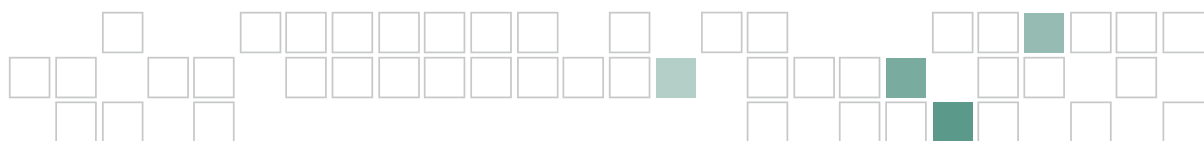
| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 07 |
| INTRODUÇÃO | 15 |
| BIOMEDICINA..... | 21 |
| Histórico..... | 22 |
| Resolução nº 2, de 18 de fevereiro de 2003 | 25 |
| Situação atual dos cursos de Biomedicina..... | 32 |
| Regulamentação da Biomedicina no Brasil | 46 |
| Tendências e perspectivas | 49 |
| Referência bibliográfica | 50 |
| CIÊNCIAS BIOLÓGICAS | 51 |
| Histórico do curso..... | 52 |
| Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil 1991 – 2004..... | 57 |
| Evolução de vagas oferecidas por processos seletivos dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e por regiões geográficas no Brasil, 1991 – 2004..... | 64 |
| Evolução de candidatos inscritos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004..... | 66 |
| Evolução de ingressos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004..... | 68 |
| Evolução de ingressos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004..... | 69 |
| Evolução de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004..... | 71 |
| Síntese dos aspectos analisados no período de 1991 a 2004..... | 76 |

SUMÁRIO



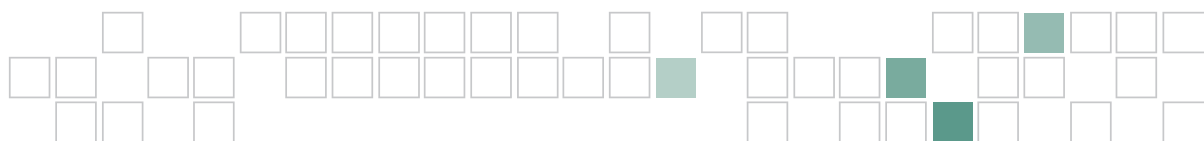
| | |
|--|------------|
| Cursos de formação de professores de biologia | 81 |
| Referência bibliográfica | 86 |
| EDUCAÇÃO FÍSICA..... | 87 |
| Introdução..... | 88 |
| Retrospectiva histórica da formação profissional em Educação Física: origens e atualidade | 89 |
| Tendências da oferta de cursos e as vagas disponíveis | 96 |
| A demanda por cursos de Educação Física | 112 |
| Perfil dos estudantes de Educação Física | 131 |
| Tendências, perspectivas e desafios..... | 137 |
| Referência bibliográfica | 138 |
| ENFERMAGEM..... | 141 |
| Introdução..... | 142 |
| Trajetória da educação em Enfermagem no Brasil | 142 |
| Tendências dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil | 145 |
| Perfil do estudante de Enfermagem – ENADE-2004 | 153 |
| Perspectivas e desafios | 162 |
| Referência bibliográfica | 167 |
| FARMÁCIA..... | 169 |
| Introdução..... | 170 |
| Breve histórico da farmácia brasileira | 170 |
| Censo da educação para o curso de Farmácia – apresentação, análise e inferência dos dados | 176 |
| Análise dos dados obtidos no exame nacional de desempenho de estudantes – ENADE, 2004..... | 183 |
| Tendências e perspectivas | 197 |
| Referência bibliográfica | 199 |
| FISIOTERAPIA..... | 201 |
| Trajetória histórica e evolução da Fisioterapia no Brasil | 202 |
| Evolução da regulamentação profissional..... | 205 |

| | |
|---|------------|
| Evolução do número de fisioterapeutas entre 1995 e 2005 | 207 |
| Evolução das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Fisioterapia | 209 |
| Trajatória e evolução dos cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil..... | 214 |
| Perfil socioeconômico do estudante de Fisioterapia no Brasil | 229 |
| Perspectivas | 238 |
| Referência bibliográfica | 240 |
| FONOAUDIOLOGIA..... | 243 |
| Aspectos históricos da Fonoaudiologia no Brasil | 244 |
| Tendências da oferta de cursos e vagas disponíveis para a Fonoaudiologia no Brasil | 247 |
| Demanda para os cursos de Fonoaudiologia no Brasil | 253 |
| Perfil dos estudantes dos cursos de Fonoaudiologia que realizaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE..... | 257 |
| Desempenho dos estudantes de Fonoaudiologia no ENADE | 269 |
| Desafios, tendências e perspectivas para a Fonoaudiologia no Brasil | 272 |
| Referência bibliográfica | 274 |
| MEDICINA | 277 |
| Introdução..... | 278 |
| Evolução do ensino médico no Brasil e expansão dos cursos..... | 281 |
| A evolução da relação candidato/vaga por categoria administrativa..... | 284 |
| O perfil do estudante do curso médico..... | 287 |
| O perfil dos estudantes segundo o Censo da Educação Superior | 287 |
| O perfil dos estudantes segundo o ENADE-2004 | 290 |
| Hábitos e características dos estudantes que devem ser considerados para o processo de aprendizagem..... | 299 |
| Tendências, perspectivas e desafios..... | 304 |
| Referência bibliográfica | 306 |



| | |
|--|------------|
| MEDICINA VETERINÁRIA | 311 |
| Síntese histórica da Medicina Veterinária | 312 |
| Expansão do ensino de Medicina Veterinária | 315 |
| Perfil socioeconômico dos estudantes | 331 |
| Tendências contemporâneas da Medicina Veterinária | 347 |
| Referência bibliográfica | 350 |
| NUTRIÇÃO | 351 |
| Introdução | 352 |
| Breve histórico da profissão de nutricionista no Brasil | 352 |
| Evolução dos cursos de Nutrição no Brasil de 1991 a 2004 | 357 |
| A transição nutricional no Brasil | 367 |
| ENADE 2004. Perfil do aluno de graduação em Nutrição | 370 |
| Perspectivas | 375 |
| Referências | 377 |
| ODONTOLOGIA | 381 |
| Introdução | 382 |
| Políticas para o ensino de Odontologia | 382 |
| A formação em Odontologia de 1991 a 2004 | 386 |
| Cursos de graduação em Odontologia: vagas ofertadas, ingressantes, matriculados, candidatos e concluintes | 387 |
| Distribuição dos cursos de Odontologia nas regiões brasileiras | 395 |
| Distribuição de dentistas no Brasil, por região e UF | 399 |
| Perfil do aluno ingressante e concluinte de odontologia | 400 |
| Formando para uma nova realidade | 403 |
| Formação para o Sistema Único de Saúde – SUS | 406 |
| A busca do equilíbrio | 407 |
| Referência bibliográfica | 408 |
| Referência bibliográfica complementar | 408 |

| | |
|--|-----|
| PSICOLOGIA | 411 |
| Introdução..... | 412 |
| A trajetória da Psicologia como ciência e profissão | 414 |
| Análise das tendências dos cursos, 1991 – 2004 | 427 |
| Os dados gerais do censo do Ensino Superior de 2004 | 427 |
| Os cursos de Psicologia no Brasil de 1991 a 2004 | 427 |
| Tendências, desafios e compromissos | 446 |
| Referências bibliográficas | 450 |
| SERVIÇO SOCIAL E ORIENTAÇÃO | 455 |
| Retrospectiva histórica da formação profissional em Serviço Social no Brasil..... | 456 |
| Tendências da oferta de cursos e vagas disponíveis para o Serviço Social no Brasil..... | 461 |
| A demanda para os cursos de Serviço Social no Brasil | 471 |
| Características do estudante dos cursos de Serviço Social no Brasil..... | 480 |
| Desafios, tendências e perspectivas | 483 |
| Referência bibliográfica | 485 |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 489 |
| Origem e história do ensino de Terapia Ocupacional no Brasil | 490 |
| A elaboração e a implantação das diretrizes curriculares para a Terapia Ocupacional | 493 |
| A evolução dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil de 1991 a 2004, com base nos dados do Censo do Ensino Superior | 495 |
| Oferta de cursos | 495 |
| Evolução da oferta de cursos considerando a categoria administrativa e a organização acadêmica da IES | 497 |
| Vagas..... | 501 |
| A evolução da distribuição geográfica das vagas no Brasil | 501 |



| | |
|--|------------|
| Evolução das vagas considerando a categoria administrativa e a organização acadêmica..... | 503 |
| Inscritos em processos seletivos..... | 505 |
| Matrículas..... | 508 |
| Ingressantes..... | 509 |
| Concluintes..... | 514 |
| Perfil dos alunos de Terapia Ocupacional que realizaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE..... | 520 |
| Tendências e perspectivas da formação de terapeutas ocupacionais no Brasil..... | 524 |
| Referência bibliográfica..... | 526 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 529 |

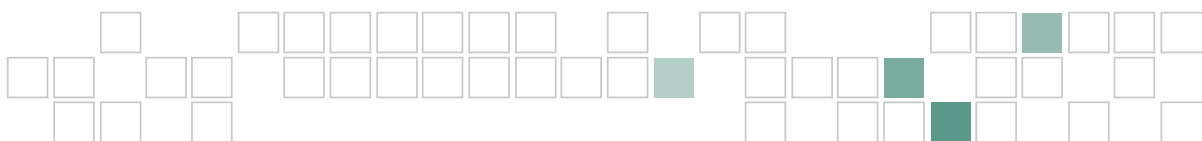
Este trabalho, realizado conjuntamente pelo Ministério da Educação, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, e pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, tem por finalidade apresentar a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde, no período de 1991 a 2004.

A publicação ora apresentada é produto da parceria instituída pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, que estabelece a cooperação técnica para, dentre outros, produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na saúde.

O estudo foi organizado por uma Comissão Gestora e uma Comissão Assessora, compostas por representantes do Inep/MEC, da SGTES/MS, do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras – ForGRAD e do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – IMS/UERJ. Também contou com a participação de docentes da área da saúde de instituições de Educação Superior. A metodologia de trabalho priorizou a construção coletiva com abordagem quantitativa e qualitativa, a partir dos dados do Inep sobre os cursos de graduação de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional¹.

Os referenciais que fundamentam as análises e considerações apresentadas nesta publicação são: (1) os princípios da reforma sanitária brasileira, entendida como processo técnico, político e social, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado; (2) os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e (3) as premissas da educação superior brasileira expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior – LDB nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº

¹Categorias profissionais de saúde relacionadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 287, de 8 de outubro de 1998.

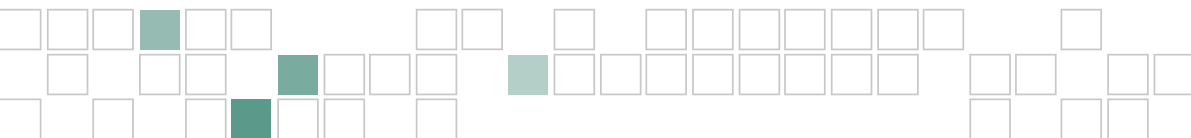


10.172, de 9 de janeiro de 2001, no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 e na proposta de reforma da educação superior coordenada pelo MEC.

O estudo parte dos princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade – e das premissas da LDB, que fundamentam o processo de formação na educação superior por meio do desenvolvimento de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; da flexibilidade dos currículos; da implementação de projetos pedagógicos inovadores; numa perspectiva de mudança para a formação e desenvolvimento do profissional da saúde. Estes princípios e premissas indicam a necessidade de uma mudança paradigmática, redirecionando, no contexto das Diretrizes Curriculares, os cursos de graduação.

Com a criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, Lei nº 10.861/2004, a qualidade, a relevância e a adequação da formação em nível superior às necessidades de desenvolvimento do país tornaram-se parâmetros essenciais para a avaliação dos cursos de graduação. A parceria entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde tem permitido criar mecanismos para viabilizar a articulação entre educação superior e saúde, visando à formação de profissionais coerente com o Sistema Único de Saúde – SUS. O SINAES, ao analisar os projetos pedagógicos, os currículos, o corpo docente, as instalações, os campos de aprendizagem e o desempenho dos estudantes, de forma integrada, possibilitará a retroalimentação dos processos e o aprimoramento das políticas de formação de recursos humanos em saúde, na perspectiva da universalidade, equidade e qualidade.

Em consonância com a Constituição Federal de 1988, com a Lei Orgânica da Saúde e com a LDB, concretizou-se, em 2001, o Parecer nº 1.133, da Câmara de Educação Superior – CES, do Conselho Nacional de Educação – CNE, que veio reforçar a necessidade da articulação entre educação superior e saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais,



com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças.

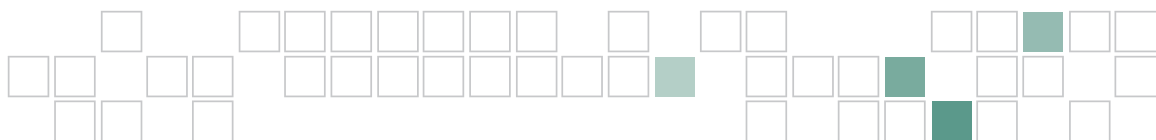
As diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde, orientadas pelo Parecer nº 1.133, apontam a necessidade desses cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do SUS. Valorizam ainda os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação contemporânea de acordo com referenciais nacionais e internacionais de qualidade e inova a estimular a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região.

A interlocução entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde converge para a implementação das diretrizes curriculares nacionais como estratégia essencial para as mudanças na graduação, buscando orientar a formação do profissional às necessidades de saúde da população e do SUS.

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados. Fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços, constantemente espelhada na pressão das demandas do mundo real possa se tornar mais relevante à sociedade. A verdadeira autonomia deve sim, tornar a academia menos vulnerável a pressões de caráter mais imediatistas, mas deve conectá-la cada dia mais firmemente às necessidades da sociedade. (Saraiva Felipe, Ministro da Saúde, 2005).

O processo de reforma da educação superior, iniciado em 2004 como fruto de um amplo debate acadêmico e social, orienta-se por um conjunto de princípios. Dentre eles, destacam-se a autonomia da universidade, em relação a seus mantenedores, sejam privados ou públicos, e o compromisso com a regulação do setor, que combina autonomia com padrões de excelência.

A autonomia é algo que as instituições devem preservar diariamente. Não é um direito adquirido. É uma prerrogativa que se mantém pelo compromisso das instituições com a qualidade da



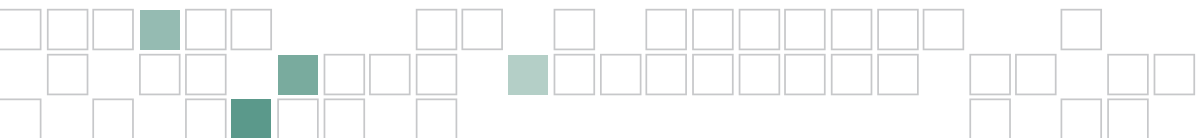
educação. Mas, além disso, para continuar com as prerrogativas, as instituições e os cursos devem ter avaliação positiva no SINAES. Estamos propondo uma reforma da educação superior para melhorar a qualidade do ensino oferecido a nossos alunos. (Fernando Haddad, Ministro da Educação, 2005).

Assim, no contexto desse estudo, a educação é concebida como uma prática social que pode dinamizar outros processos sociais, oportunizando a busca pela construção de uma sociedade inclusiva e cidadã, na qual o cuidado com a saúde desempenha um papel decisivo. Educação e saúde são bens públicos com traços em comum e diferenciados em relação às demais dimensões da vida. Constituem-se em dois elementos fundamentais para a promoção da igualdade social: a mudança só pode ser promovida tendo como eixos centrais a educação e a saúde, elementos essenciais para a coesão social e para a criação de condições dignas de vida.

No atual governo, em 2003, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Além de tratar da formação dos trabalhadores de saúde integrada à questão do trabalho em saúde, a SGTES tem a missão de buscar a articulação com o setor da educação, em cumprimento ao art. 200 da Constituição Federal, segundo o qual cabe ao SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para a área da saúde.

A articulação entre esses dois ministérios tem possibilitado uma aproximação técnica e programática, com a preservação da identidade e da responsabilidade de cada ministério, gerando ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população.

A formação deverá considerar, além dos referenciais já mencionados, a realidade social, política e cultural no sentido de garantir o respeito às redes de significados dos fenômenos humanos, às situações sanitária e educacional e à diversidade regional brasileira.

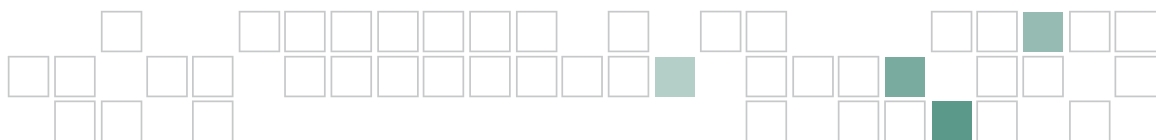


Para este estudo foram utilizados com fontes de dados o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, o Questionário dos Alunos, o Censo da Educação Superior, o Cadastro de Instituições de Educação Superior, Cursos e Docentes (2004) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (1991 a 2004), do IBGE.

Finalizando, este estudo apresenta-se em 15 volumes agrupados em uma caixa-livro. O volume 1 é dedicado às análises e considerações das trajetórias dos cursos de graduação da saúde. Os volumes de 2 a 15 trazem, separadamente, os dados de cada curso, em forma de Tabelas. A publicação é acompanhada de um CD-ROM, contendo o conjunto dos textos, Tabelas e gráficos em formato digital.

Espera-se, com esta publicação, contribuir para o planejamento e a implementação das políticas de formação e inserção profissional no campo da saúde.

Comissão Gestora



Dácio Eduardo Leandro Campos

Especialista em Patologia Clínica pela Associação Brasileira de Biomedicina, Conselheiro Titular do Conselho Federal de Biomedicina, Pró-Reitor de Graduação do Centro Universitário Barão de Mauá.

Edvaldo Carlos Brito Loureiro

Mestre em Microbiologia pela USP, doutorando pela UFPA, pesquisador do Instituto Evandro Chagas – Belém (PA).

Sílvio José Cecchi

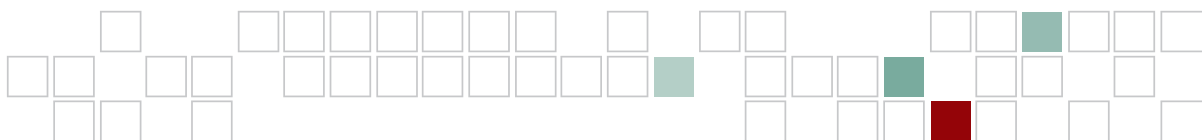
Especialista em Patologia Clínica pela Associação Brasileira de Biomedicina, presidente do Conselho Federal de Biomedicina, coordenador do Curso de Biomedicina do Centro Universitário Barão de Mauá

Marco Antonio Abrahão

Especialista em Patologia Clínica pela Associação Brasileira de Biomedicina, presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região, docente de Administração e Organização Laboratorial da UNIFMU – São Paulo.

A Biomedicina, no Brasil, está completando, neste ano de 2006, 40 anos de existência. De sua origem para cá, o curso sofreu diversas modificações curriculares, ampliando suas habilitações e qualificando seus profissionais na área de saúde. Pela primeira vez, a categoria biomédica participa de um projeto interministerial (MEC/MS), fundamental para o sucesso dos programas de saúde no País e da própria formação profissional.

BIOMEDICINA
BIOMEDICINA



Histórico

Na segunda Reunião Anual da Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência, realizada em Curitiba em novembro de 1950, foram apresentadas pelo Prof. Leal Prado, num simpósio sobre seleção e treinamento de técnicos (Cf. Ciência e Cultura 2, 237, 1950), as idéias básicas que deveriam orientar os cursos de graduação e pós-graduação em Ciências Biomédicas. Posteriormente, em dezembro de 1950, foi convocada uma reunião pelos Profs. Leal Prado de Carvalho e Ribeiro do Vale para discutir o assunto. Desta reunião participaram representantes da Escola Paulista de Medicina, da Universidade de São Paulo, do Instituto Butantã e do Instituto Biológico.

O objetivo do curso de Biomedicina era o de formação de profissionais biomédicos para atuarem como docentes especializados nas disciplinas básicas das escolas de medicina e de odontologia, bem como de pesquisadores científicos nas áreas de ciências básicas, e com conhecimentos suficientes para auxiliarem pesquisas nas áreas de ciências aplicadas.

Com a federalização da Escola Paulista de Medicina – EPM e com a entrada em vigor da Lei nº 4.024 de 1961, que estabelecia as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o Regimento da Escola Paulista de Medicina foi modificado, sendo aprovado pelo então Conselho Federal de Educação em 8 de julho de 1965.

Neste novo regimento previa-se, no capítulo III, a organização de um curso de Graduação Biomédica e, no capítulo IV, que trata dos cursos de pós-graduação, estabelecia-se a criação do curso de doutorado em Ciências Biomédicas, não somente para os graduados em Ciências Biomédicas, como para egressos de outros cursos de graduação, a juízo do Conselho Departamental da instituição.

Partindo-se da convicção de que existia um mercado nacional para tais especialistas, o Conselho Departamental da EPM tratou de obter condições para colocar em funcionamento o curso de graduação, o de mestrado e o de doutorado em Ciências Biomédicas que, em linhas gerais, se destinaria à preparação de especialistas, pesquisadores e docentes neste campo das ciências.

Terminada a 4ª série do curso de graduação, o aluno poderia seguir carreira não-universitária, trabalhando em indústrias de fermentação, alimentação, farmacêutica, laboratórios de análises biológicas e de controle biológico, institutos biológicos e laboratórios de anatomia patológica.

Por meio do Parecer nº 571/66 do extinto Conselho Federal de Educação, estabeleceu-se o mínimo de conteúdo e de duração dos currículos de bacharelado em Ciências Biológicas – Modalidade Médica, exigível para admissão aos



cursos de mestrado e doutorado no mesmo campo de conhecimento, a serem credenciados por este órgão.

De acordo com este parecer, ficam determinadas as atividades nos trabalhos laboratoriais aplicados à Medicina, existindo, de outra parte, amplo mercado de trabalho para pessoal cuja formação inclua sólida base científica, que tenha o comportamento e espírito crítico amadurecidos, de preferência no convívio universitário, e que pretenda dedicar-se à realização de tarefas laboratoriais vinculadas às atividades médicas. A aparelhagem necessária a essas tarefas se tornou cada vez mais complexa e a sua substituição por equipamento mais aperfeiçoado ocorreu ao fim de prazos cada vez menores.

Os encarregados desses trabalhos, por isso mesmo, não poderiam ser simples operadores que desconhecem os fundamentos científicos do que estavam realizando. Para a formação de pessoal com essas características, o extinto Conselho Federal de Educação atendeu à solicitação de várias escolas médicas do País, fixando no Parecer nº 571/66 e, posteriormente, no Parecer nº 107/70, de 4 de fevereiro, os mínimos de conteúdo e de duração dos cursos de Bacharelado em Ciências Biológicas – Modalidade Médica.

Rapidamente, após a publicação do Parecer nº 571/66, houve a implantação do primeiro curso na Escola Paulista de Medicina em março de 1966, (com aula inaugural ministrada pelo Professor Leal Prado, quase 16 anos após a apresentação inicial da idéia), e na Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, novos cursos, (então com os nomes de Ciências Biológicas – Modalidade Médica ou Biologia Médica) tiveram início, em 1967, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – UNESP, em 1968 na Universidade Federal de Pernambuco, em 1970 na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Barão de Mauá, (atual Centro Universitário Barão de Mauá), em Ribeirão Preto.

Esses cursos, criados entre 1965 e 1970, tiveram seus alunos egressos rapidamente absorvidos nas disciplinas básicas de suas próprias faculdades, ou então em outras escolas de medicina públicas ou particulares.

Porém, com exceção dessas áreas, embora formado em curso reconhecido, o egresso encontrava sérias dificuldades para inserção no mercado de trabalho, visto que a profissão de Biomédico ainda não era regulamentada em lei e os exames laboratoriais, embora sem exclusividade legal, eram realizados por médicos e farmacêuticos-bioquímicos.

A árdua luta para regulamentar a profissão inicia-se com a participação efetiva das escolas Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Barão de Mauá (atual



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Centro Universitário Barão de Mauá), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Santo Amaro (atual Universidade de Santo Amaro – UNISA), Universidade de Mogi das Cruzes e Universidade Federal de Pernambuco, envolvendo seus diretores, alunos e egressos.

A atuação dos biomédicos junto aos órgãos governamentais (Ministério da Educação, Ministério do Trabalho), à classe política (Câmara dos Deputados e Senado Federal) e a busca dos seus direitos culminou na Exposição Interministerial (Saúde, Educação, Trabalho), que elaborou o Projeto de Lei nº 1660/75. Foi realizado um árduo trabalho na Câmara dos Deputados por concluintes, acadêmicos e instituições de Biomedicina. O referido projeto foi aprovado, com emendas, na Câmara dos Deputados, e, no Senado Federal, foi substituído pelo de número 101/77, do então senador Jarbas Passarinho, o qual possibilitava, além da regulamentação da profissão de Biomédico, a profissão de Biólogo.

Por exigência de forças contrárias, foram introduzidas modificações no texto do documento, limitando muito o espectro de atividades do profissional Biomédico. Diante da situação difícil em que se encontrava a categoria, os líderes do movimento não tiveram outra opção senão aceitar a imposição, saindo de uma discussão na esfera política para entrar na esfera judicial, junto ao Poder Judiciário (Supremo Tribunal Federal).

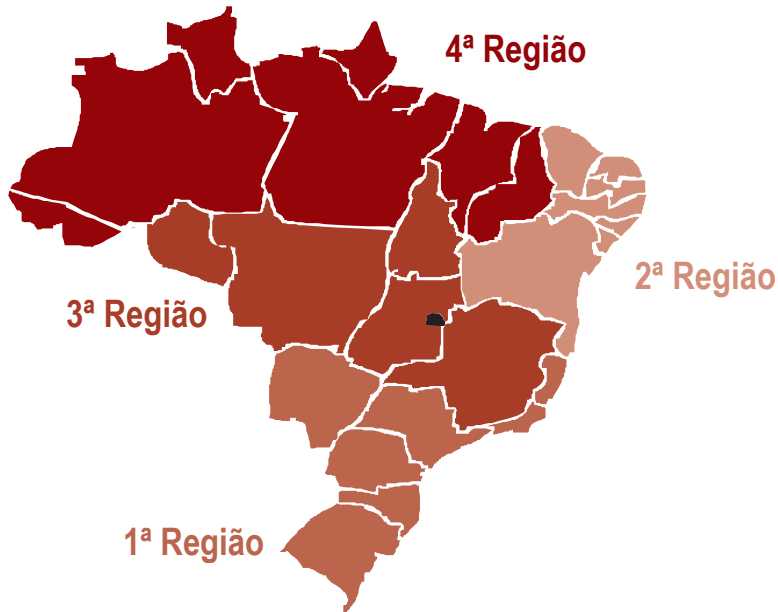
O resultado fez com que a categoria surgisse forte e coesa, vendo sua pretensão materializada nas Leis nº 6.684/79, 6.686/79 (e sua posterior alteração com a Lei nº 7.135/83, que permitiu a realização de análises clínicas aos portadores de diploma de Ciências Biológicas – Modalidade Médica, bem como aos diplomados que ingressaram no curso em vestibular realizado até julho de 1983); Decreto nº 88.394/83, que regulamentou a profissão e criou o Conselho Federal de Biomedicina; e a Resolução nº 86 do Senado Federal, de 24 de junho de 1986, ratificando acordo realizado no Supremo Tribunal Federal, assegurando definitivamente o direito do profissional Biomédico de exercer as análises clínico-laboratoriais.

O Decreto nº 90.875, de 30 de janeiro de 1985, a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, art. 1º, incluiu no grupo “Outras Atividades de Nível Superior”, estruturado pelo Decreto nº 72.493, de 19.07.1973, com as alterações posteriores, a categoria funcional de Biomédico.

Em 16 de junho de 1988, a Portaria nº 1.425, da Secretaria de Administração Pública, enquadrou o Biomédico no Serviço Público Federal, aprovando as especificações de classe da categoria funcional, código MS-942 ou LT-NS-942.



Em 1989, foram publicadas as Resoluções nºs 19, 20, 21 e 22, do Conselho Federal de Biomedicina, criando os Conselhos Regionais de Biomedicina da Primeira, Segunda, Terceira e Quarta Região, respectivamente, tendo como objetivo atender os interesses da profissão e incrementar a supervisão e a fiscalização do exercício profissional em nível regional.



Atualmente, as escolas de Biomedicina seguem as novas tendências educacionais, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina, aprovadas no Parecer nº 104, de 13 de março de 2002, e consolidadas pela Resolução nº 2, de 18 de fevereiro de 2003, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Resolução nº 2, de 18 de fevereiro de 2003

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 104, de



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

13 de março de 2002, peça indispensável do conjunto das presentes diretrizes curriculares nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação em 9 de abril de 2002, resolve:

Art. 1º A presente resolução institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Biomedicina, a serem observadas na organização curricular das instituições do sistema de educação superior do País.

Art. 2º As diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em Biomedicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de biomédicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Biomedicina das instituições do sistema de ensino superior.

Art. 3º O curso de graduação em Biomedicina tem como perfil do formando egresso/profissional o:

I – Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes às análises clínicas, citologia oncótica, análises hematológicas, análises moleculares, produção e análise de bioderivados, análises bromatológicas, análises ambientais, bioengenharia e análise por imagem, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

II – Biomédico com Licenciatura em Biomedicina capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em Biomedicina.

Art. 4º A formação do biomédico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;



II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico / profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do biomédico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II – atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III – atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

IV – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V – contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI – exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

VII – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

VIII – conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

IX – realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;

X – realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;

XI – atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;

XII – realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;

XIII – atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;

XIV – exercer atenção individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;

XV – gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;

XVI – atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos;

XVII – assimilar as constantes mudanças conceituais e evolução tecnológica apresentadas no contexto mundial;

XVIII – avaliar e responder com senso crítico as informações que estão sendo oferecidas durante a graduação e no exercício profissional;



XIX – formar um raciocínio dinâmico, rápido e preciso na solução de problemas dentro de cada uma de suas habilitações específicas;

XX – ser dotado de espírito crítico e responsabilidade que lhe permita uma atuação profissional consciente, dirigida para a melhoria da qualidade de vida da população humana;

XXI – exercer, além das atividades técnicas pertinentes à profissão, o papel de educador, gerando e transmitindo novos conhecimentos para a formação de novos profissionais e para a sociedade como um todo.

Parágrafo único. A formação do biomédico deverá atender ao sistema de saúde vigente no País, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Biomedicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. As áreas do conhecimento propostas devem levar em conta a formação global do profissional tanto técnico-científica quanto comportamental e deverão ser desenvolvidas dentro de um ciclo que estabeleça os padrões de organização do ser humano seguindo-se de uma visão articulada do estudo da saúde, da doença e da interação do homem com o meio ambiente. Os conteúdos devem contemplar:

I – Ciências Exatas – incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte à Biomedicina.

II – Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos, microbiológicos, imunológicos e genética molecular em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes à Biomedicina.

III – Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a informática, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo.

IV – Ciências da Biomedicina – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a saúde, doença e meio ambiente, com ênfase nas áreas de citopatologia, genética, biologia molecular, ecoepidemiologia das condições de



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

saúde e dos fatores predisponentes à doença e serviços complementares de diagnóstico laboratorial em todas as áreas da Biomedicina.

Art. 7º A formação do biomédico deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do curso de graduação em Biomedicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único O estágio curricular poderá ser realizado na instituição de ensino superior e/ou fora dela, em instituição/empresa credenciada, com orientação docente e supervisão local, devendo apresentar programação previamente definida em razão do processo de formação.

Art. 8º O projeto pedagógico do curso de graduação em Biomedicina deverá contemplar atividades complementares e as instituições de ensino superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O curso de graduação em Biomedicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10º As diretrizes curriculares e o projeto pedagógico devem orientar o currículo do curso de graduação em Biomedicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do curso de graduação em Biomedicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O currículo do curso de graduação em Biomedicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.



Art. 11. A organização do curso de graduação em Biomedicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do curso de graduação em Biomedicina, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A formação de professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do curso de graduação em Biomedicina deverá assegurar:

I – a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve à construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido;

II – as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do biomédico, de forma integrada e interdisciplinar;

III – a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV – os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V – a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI – a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do biomédico;

VII – o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII – a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no biomédico atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;

IX – a articulação da graduação em Biomedicina com a Licenciatura em Biomedicina.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao curso de graduação em Biomedicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as diretrizes curriculares.

§ 2º O curso de graduação em Biomedicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo

Hoje, o profissional Biomédico atua em equipes multiprofissionais da área da Saúde, destacando-se nas áreas de Análises Clínicas, Citologia Oncótica, Imaginologia, Análises Ambientais, Pesquisa e Docência, entre outras.

Situação atual dos cursos de Biomedicina

Cursos

Em 2000, transcorridos 34 anos desde a criação do primeiro curso de Biomedicina, existiam no Brasil 13 cursos, dos quais dois em instituições públicas e 11 em instituições privadas.

A partir desse ano observa-se a aceleração do ritmo de expansão da oferta: em 2001 é de 16 o número de cursos de Biomedicina, (crescimento de 23%), em 2002, 20, (crescimento anual de 25%), e em 2003 o total de cursos chega a 32, (crescimento anual de 60%).

Em 2004 registra-se a existência de 61 cursos, o que representa um crescimento de 91% em relação a 2003 e de 369,2% em relação a 2000(*). Entre 2000 e 2004 a expansão do oferecimento de cursos faz-se a uma taxa anual média de 47,18%.

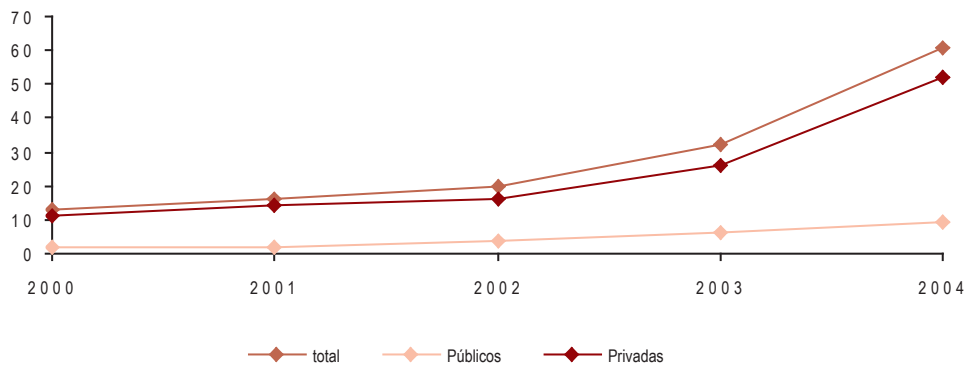
Embora para 2005 e 2006 não existam dados sistematizados, segundo informações recolhidas no Cadastro das Instituições de Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, são registrados 98 cursos naquele último ano.

(*) Embora para esse ano não existam dados sistematizados, segundo informações do Cadastro das Instituições de Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, são registrados 99 cursos em funcionamento em 2006.



Isso significa, em termos preliminares, que entre 2004 e 2006 o número de cursos cresceu 64,3%, o que fornece uma taxa anual média de 40,3% para o período 2000 – 2006, evidenciando uma redução no ritmo de expansão.

Número de Cursos Segundo a Organização Administrativa das Instituições 2000 - 2004



O índice de crescimento entre 2000 e 2004 é sensivelmente superior ao do total de cursos de graduação, que experimentaram uma expansão de 76% no período, (taxa anual média de 15,2%), e também supera o índice de alguns cursos da área da saúde, como o de Enfermagem, (133,5%), Farmácia, (65,7%), Medicina, (36%) e Odontologia, (22,5%).

A expansão, no período considerado, foi patrocinada essencialmente pelas instituições particulares de Ensino Superior: responsáveis pela oferta de 11 cursos em 2000 e por 52 cursos em 2004, (85% do total em ambos os casos).

Mantendo uma tendência que se define desde o início do período, a maior parte dos cursos – 57,3% – está localizada na Região Sudeste. A Região Sul conta com 14,7%, a Região Nordeste com 13,1%, a Região Centro-Oeste com 9,8% e a Região Norte com 4,9% deles.

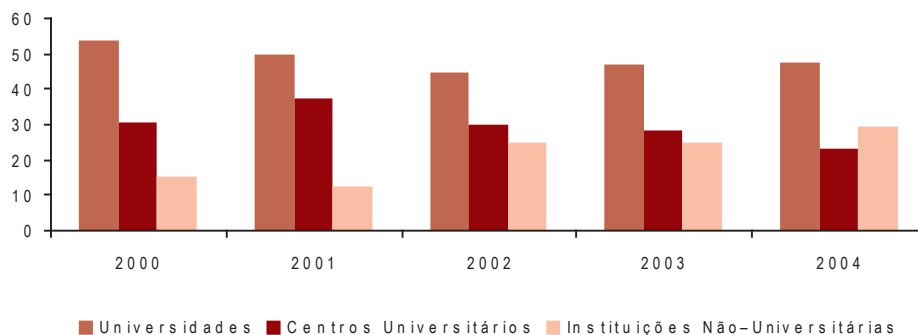
Quanto à organização acadêmica, essa expansão concentrou-se em instituições não-universitárias, (faculdades e faculdades integradas). Responsáveis pela oferta de 15,3% dos cursos em 2000, respondiam por 29,5% deles em 2004. A participação das universidades reduziu-se de 53,8 para 47,5% e a dos centros universitários, de 31 para 22,9%.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Distribuição dos Cursos Oferecidos Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004

| | Total | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias |
|------|-------|---------------|------------------------|---------------------------------|
| 2000 | 13 | 7 | 4 | 2 |
| 2001 | 16 | 8 | 6 | 2 |
| 2002 | 20 | 9 | 6 | 5 |
| 2003 | 32 | 15 | 9 | 8 |
| 2004 | 61 | 29 | 14 | 18 |

Distribuição Percentual dos Cursos Oferecidos Segundo a Organização Acadêmica das Instituições



Vagas

A expansão da oferta de vagas acompanha, no período 2000 – 2004, a do número de cursos. A uma taxa anual média de 46.65%, registra-se um crescimento da ordem de 362,5%, passando o número de vagas oferecidas de 1.425 para 6.915.

Vagas Oferecidas Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004

| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
|------|---------------|------------------------|---------------------------------|-------|
| 2000 | 760 | 485 | 250 | 1.495 |
| 2001 | 890 | 661 | 220 | 1.771 |
| 2002 | 890 | 880 | 616 | 2.386 |
| 2003 | 1480 | 1.055 | 736 | 3.271 |
| 2004 | 3.355 | 1.710 | 1.850 | 6.915 |

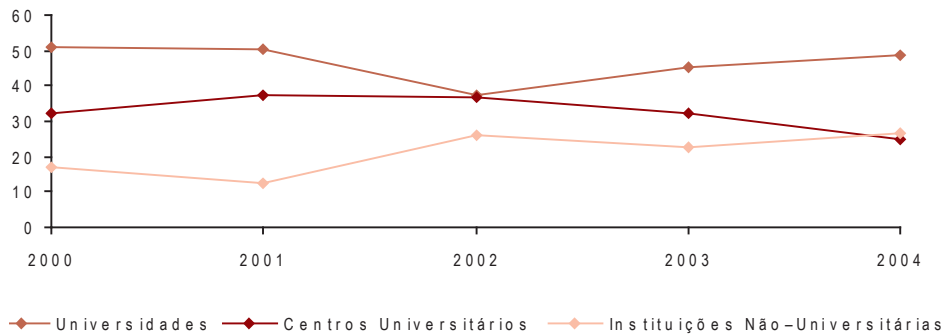


Essa expansão é significativamente superior à registrada para o sistema de ensino superior, que experimenta no período, a uma taxa anual média de 17,53%, um crescimento da ordem de 90,7%.

As instituições não-universitárias registram o maior índice de crescimento no oferecimento de vagas –640%– enquanto que as universidades e os centros universitários apresentam uma expansão da ordem de, respectivamente, 341,4 e 252,5%.

Em decorrência, entre 2000 e 2004, a participação das universidades no oferecimento de vagas passa de 50,8 para 48,5%; a dos centros universitários, de 32,4 para 24,7%, e a das instituições não-universitárias de 16,7 para 26,7%.

Distribuição Percentual das Vagas Oferecidas Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000-2004



Esses dados mostram que o número de vagas por curso, entre 2000 e 2004, manteve-se praticamente estável, (experimentou uma redução ínfima: 1,6%), passando de 115 para 113,3.

No caso das universidades registra-se um pequeno aumento – 6,6% – nesse índice. Os centros universitários mostram uma variação desprezível, (-0,07%), enquanto que no caso das instituições não-universitárias ocorre uma redução da ordem de 18%.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

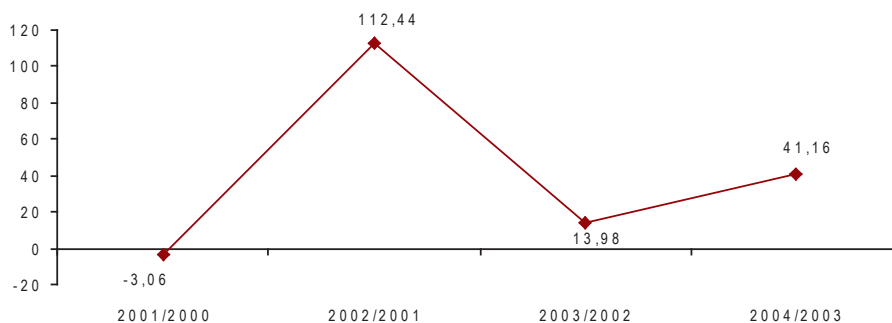
| Número de Vagas por Curso Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004 | | | | |
|--|---------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
| 2000 | 108,57 | 121,25 | 125,00 | 115,00 |
| 2001 | 111,25 | 110,17 | 110,00 | 110,69 |
| 2002 | 98,89 | 146,67 | 123,20 | 119,30 |
| 2003 | 98,67 | 117,22 | 92,00 | 102,22 |
| 2004 | 115,69 | 122,14 | 102,78 | 113,36 |

Demanda

Ao crescimento do número de vagas oferecidas correspondeu, no período, um incremento da ordem de 231,4%, (taxa anual média de 34,91%) no número de candidatos inscritos nos processos seletivos para os cursos de Biomedicina.

Observa-se que a evolução do número de candidatos registra dois momentos de acentuada expansão: entre 2001 e 2002 e entre 2003 e 2004, o que configura uma resposta muito positiva ao incremento do número de ofertas educacionais nesses períodos. Em 2000 houve a inscrição de 4.443 candidatos; em 2001, de 9150; em 2003, de 10.429 e em 2004 as inscrições chegaram a um total de 14.772.

Varição Anual do Número de Inscritos em Processos Seletivos 2000 - 2004



Conforme se pode observar pela Tabela seguinte, as inscrições, tradicionalmente, estão concentradas nas universidades, que respondem pela maior parte das inscrições no período, com exceção do ano de 2002.



Esse fato pode ser explicado por serem desse tipo as instituições públicas que oferecem o curso. Em termos globais, entre 2000 e 2004, às universidades correspondem aproximadamente 57% do total de inscrições efetuadas.

| Distribuição das Inscrições nos Processos Seletivos dos Cursos de Biomedicina Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004 | | | | | | | |
|--|---------------|------|------------------------|------|-----------------------------------|------|--------|
| | Universidades | | Centros Universitários | | Instituições Não - Universitárias | | Total |
| | N | % | N | % | N | % | |
| 2000 | 3.379 | 76,1 | 765 | 17,2 | 299 | 6,7 | 4.443 |
| 2001 | 3.312 | 76,9 | 1.874 | 43,5 | 121 | 2,8 | 4.307 |
| 2002 | 3.611 | 39,5 | 1.944 | 21,3 | 3.575 | 39,0 | 9.150 |
| 2003 | 6.128 | 58,8 | 2.147 | 20,6 | 2.154 | 20,7 | 10.429 |
| 2004 | 7.978 | 54,2 | 2.723 | 18,5 | 2.154 | 27,3 | 14.772 |

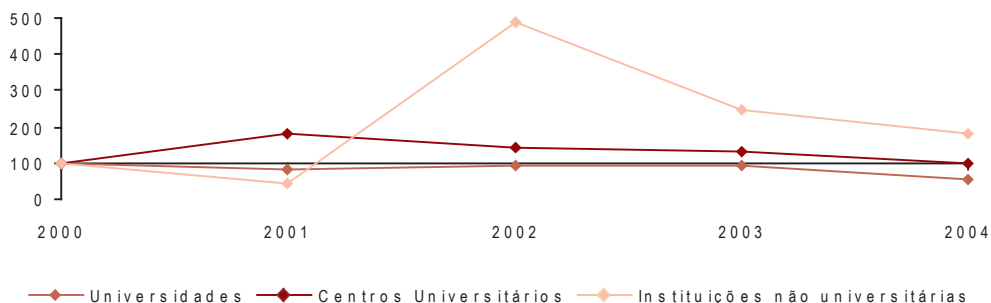
De acordo com a evolução do número de inscrições a relação candidato/vaga passa de 2,97 em 2000 para 2,13 em 2004, após atingir um máximo de 3,83 em 2002. Essa redução de 30,4% é inferior à registrada para o sistema de educação superior como um todo – 34,7% –, no qual a relação passa de 3,32 para 2,17.

Nessa evolução a redução está concentrada nas universidades, onde a relação candidato/vaga diminui 47%, passando de 4,45 para 2,38. Nos centros universitários ela experimenta uma variação mínima, passando de 1,57 para 1,59. Por sua vez as instituições não-universitárias registram, entre 2000 e 2004, um aumento de 81%, passando a relação candidato/vaga de 1,19 para 2,17.

| Relação Candidato/Vaga Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004 | | | | |
|---|---------------|------------------------|---------------------------------|-------|
| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
| 2000 | 4,45 | 1,57 | 1,19 | 2,97 |
| 2001 | 3,72 | 2,83 | 0,55 | 2,43 |
| 2002 | 4,06 | 2,20 | 5,8 | 3,83 |
| 2003 | 4,14 | 2,03 | 2,92 | 3,18 |
| 2004 | 2,38 | 1,59 | 2,17 | 2,13 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Evolução da Relação Candidato/Vaga Segundo a Organização Acadêmica das Instituições



Ingressos Anuais

Quanto às matrículas iniciais, (ingressos anuais), verifica-se que, entre 2000 e 2004, o seu número aumentou 292,8%, passando de 1.192 para 4.693.

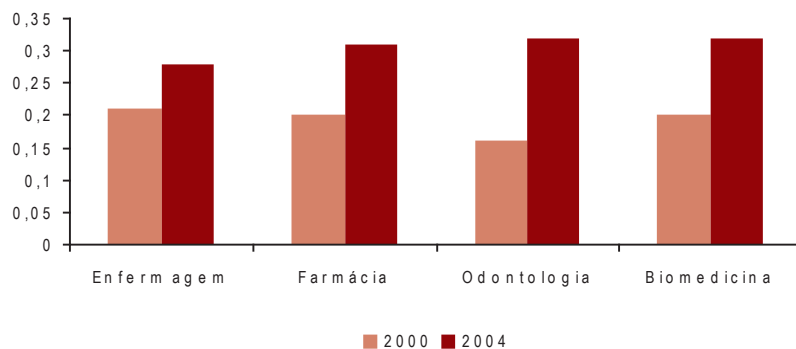
Ingressos Anuais Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004

| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
|------|---------------|------------------------|---------------------------------|-------|
| 2000 | 674 | 420 | 174 | 1.192 |
| 2001 | 745 | 586 | 121 | 1.452 |
| 2002 | 761 | 815 | 465 | 2.041 |
| 2003 | 1.055 | 968 | 464 | 2.487 |
| 2004 | 2.240 | 1.169 | 1.274 | 4.683 |

Esse incremento dos ingressos anuais, considerado o aumento do número de vagas, implica um crescimento do número de vagas ociosas. Entre 2000 e 2004, o índice de ociosidade passa, para o conjunto de instituições, de 0,20 para 0,32, um aumento da ordem de 60%, um pouco inferior ao registrado para o Sistema de Ensino Superior, que foi de 66%.

Em relação a outros cursos da área de saúde, o incremento do índice de ociosidade do conjunto dos cursos de Biomedicina é superior ao registrado para os cursos de Enfermagem, (+33,3%) e de Farmácia, (+55%) e inferior ao dos cursos de Odontologia, (+100%).

Índice de Ociosidade de Cursos da Área de Saúde 2000/2004



Considerada a organização acadêmica das instituições, verifica-se que nas universidades esse índice triplica, passando de 0,11 para 0,33; nos centros universitários o crescimento é também significativo: o índice passa de 0,13 para 0,32. Nas instituições não-universitárias ele se mantém praticamente estável, passando de 0,30 para 0,31.

Índice de Ociosidade das Vagas Iniciais Oferecidas pelos Cursos de Biomedicina 2000 – 2004

| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
|------|---------------|------------------------|---------------------------------|-------|
| 2000 | 0,11 | 0,13 | 0,30 | 0,20 |
| 2001 | 0,16 | 0,11 | 0,45 | 0,18 |
| 2002 | 0,14 | 0,07 | 0,25 | 0,14 |
| 2003 | 0,29 | 0,08 | 0,37 | 0,24 |
| 2004 | 0,33 | 0,32 | 0,31 | 0,32 |

Matrículas

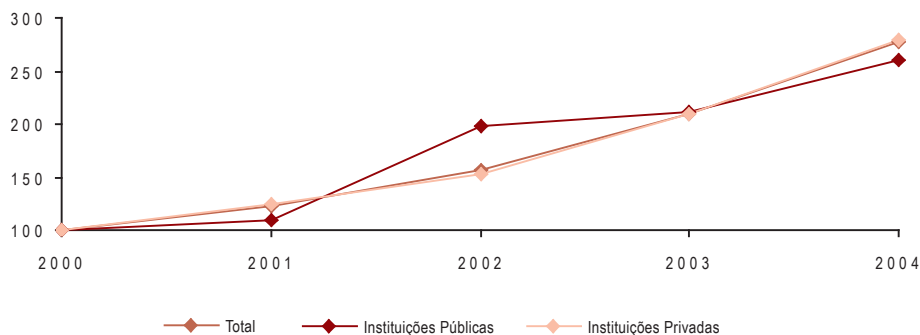
Quanto ao contingente de alunos – matrículas totais – observa-se, entre 2000 e 2004, um crescimento da ordem de 177,8%. A uma taxa anual média de 22,6% o total de matrículas passa de 3.202 para 8.897.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

| Distribuição das Matrículas Totais 2000 – 2004 | | | | | |
|--|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
| | Instituições Públicas | | Instituições Privadas | | Total |
| | N | % | N | % | |
| 2000 | 334 | 10,4 | 2.868 | 89,6 | 3.202 |
| 2001 | 366 | 9,3 | 3.573 | 90,7 | 3.939 |
| 2002 | 664 | 13,2 | 4.378 | 86,8 | 5.042 |
| 2003 | 704 | 10,5 | 6.014 | 89,5 | 6.718 |
| 2004 | 869 | 9,8 | 8.028 | 90,2 | 8.897 |

Esses dados mostram que as matrículas por curso passam de 246 em 2000 para 146 em 2004, o que representa um decréscimo da ordem de 40%. Ao longo desse período, cerca de 90% das matrículas concentra-se nas instituições particulares de ensino superior.

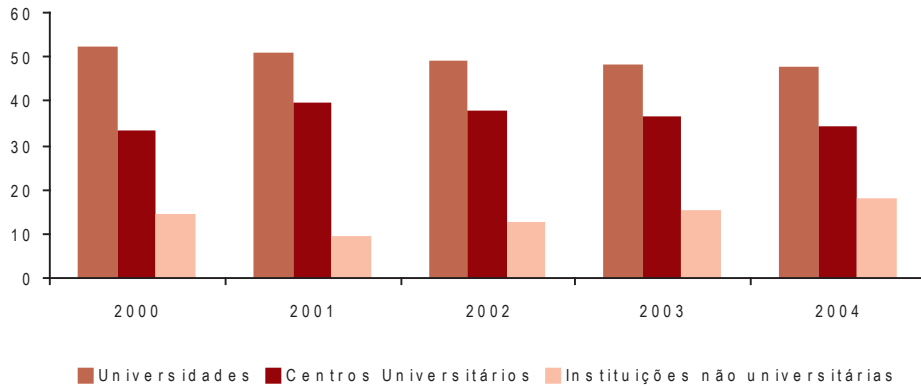
Evolução das Matrículas Totais Segundo a Categoria Administrativa das Instituições



Considerando a organização acadêmica das instituições, observa-se que as universidades concentram a maior parte das matrículas ao longo do período: 52,4% em 2000, 50,8% em 2001, 49,1% em 2002, 48,3% em 2003 e 47,7% em 2004.



Distribuição Percentual das Matrículas Segundo a Organização Administrativa das Instituições



Em termos regionais, o Sudeste exibe o maior percentual das matrículas: 56,8%, seguido pelas Regiões Nordeste, (15,8%), Sul, (15,5%), Norte, (6,9%) e Centro-Oeste, (5%).

Concluintes

Quanto ao número de concluintes, verifica-se um aumento da ordem de 156% entre 2000 e 2004: o total de estudantes diplomados passa de 411 para 1.052.

A maior variação anual ocorre entre 2001 e 2002, quando o contingente de concluintes aumenta 75,6%. Entre 2000 e 2001 registra-se um pequeno decréscimo, da ordem de 3%; entre 2003 e 2002, o incremento é de 39,3% e entre 2004 e 2003, é de 7,6%.

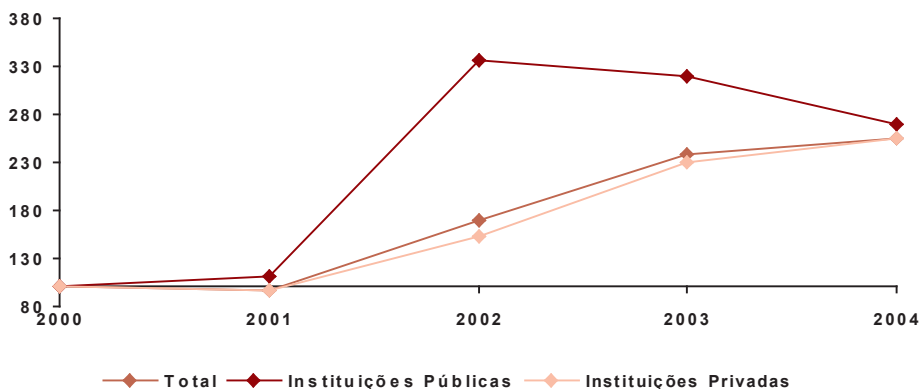
| Número de Concluintes Segundo a Organização Administrativa das Instituições 2000 – 2004 | | | | | |
|---|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
| | Instituições Públicas | | Instituições Privadas | | Total |
| | N | % | N | % | |
| 2000 | 39 | 9,5 | 372 | 90,5 | 411 |
| 2001 | 43 | 10,8 | 356 | 89,2 | 399 |
| 2002 | 131 | 18,7 | 570 | 81,3 | 701 |
| 2003 | 125 | 12,8 | 852 | 87,2 | 977 |
| 2004 | 105 | 10,0 | 947 | 90,0 | 1.052 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Refletindo a concentração de cursos e de vagas, o percentual de concluintes nas instituições particulares oscila entre 80 e 90% ao longo do período.

Observa-se, no entanto, que o número de concluintes nas instituições públicas experimenta um ritmo de expansão mais acelerado: ele cresce a uma taxa anual média de 38,%, enquanto que nas instituições particulares essa taxa fica em 26,3%.

Evolução do Número de Concluintes Segundo a Organização Administrativa das Instituições



As universidades e os centros universitários, ao longo de todo o período, concentram a quase totalidade dos concluintes, na medida em que as instituições não universitárias, segundo os dados dos Censos da Educação Superior, divulgados pelo Inep, respondem por apenas 6,6% dos 3.540 concluintes registrados entre 2000 e 2004.

Distribuição do Número de Concluintes Segundo a Organização Acadêmica das Instituições 2000 – 2004

| | Universidades | Centros Universitários | Instituições Não-Universitárias | Total |
|------|---------------|------------------------|---------------------------------|-------|
| 2000 | 216 | 146 | 49 | 411 |
| 2001 | 215 | 184 | 0 | 399 |
| 2002 | 353 | 289 | 59 | 701 |
| 2003 | 504 | 346 | 127 | 977 |
| 2004 | 577 | 401 | 74 | 1.052 |



Distribuição dos cursos de Biomedicina e de Ciências Biológicas – Modalidade Médica

Considerando o ano de 2005 como referência, chegava a 86 o número total de cursos na área, sendo 65, (75,6% do total), os de Biomedicina e 21, (24,4% do total) os de Ciências Biológicas – Modalidade Médica

Em seu conjunto, esses cursos estão localizados em 16 Estados da Federação e no Distrito Federal, distribuídos por todas as regiões geográficas, a saber: Amapá, Pará, Roraima, Tocantins, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe.

Os quatro Estados da Região Norte compreendem 5 cursos, (5,8% do total); na Região Nordeste em quatro estados são oferecidos 9 cursos, (10,5% do total); na região Centro-Oeste o Distrito Federal e dois Estados compreendem 8 cursos, (9,3% do total); na Região Sudeste seus quatro Estados apresentam um conjunto de 49 cursos, (56,9% do total); e na Região Sul em dois Estados são oferecidos 15 cursos, (17,4% do total).

A Tabela seguinte exibe a distribuição dos cursos de Ciências Biológicas – Modalidade Médica e de Biomedicina, segundo as regiões geográficas, os Estados da Federação e as instituições que os ofertam.

| Distribuição dos Cursos Oferecidos Segundo as Regiões Geográficas, Estados e Instituições | | | |
|---|---------------------|---|---|
| Região | Estado | Cursos | |
| | | Ciências Biológicas – Modalidade Médica | Biomedicina |
| Norte | Amapá | | Faculdade SEAMA – Macapá |
| | Pará | Universidade Federal do Pará – Belém | Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida – Redenção |
| | Roraima | | Faculdade São Lucas |
| | Tocantins | | Centro Universitário Luterano de Palmas – Palmas |
| Nordeste | Pernambuco | | Faculdade do Agreste de Pernambuco – Caruaru Faculdade Maurício de Nassau – Recife Universidade Federal de Pernambuco – Recife |
| | Sergipe | Universidade Tiradentes – Aracaju | Universidade Tiradentes – Aracaju |
| | Rio Grande do Norte | | Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal |
| | Bahia | | Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador Faculdade de Tecnologia e Ciências – Salvador Faculdade Estadual de Santa Cruz – Ilhéus |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

| Distribuição dos Cursos Oferecidos Segundo as Regiões Geográficas, Estados e Instituições | | |
|---|--------------------|--|
| Região | Estado | Cursos |
| Centro-Oeste | Distrito Federal | Centro Universitário de Brasília – Brasília Faculdade Juscelino Kubitschek – Brasília |
| | Goiás | Faculdade Padrão – Goiânia Universidade Católica de Goiás – Goiânia |
| | Mato Grosso do Sul | Centro Universitário da Grande Dourados – Dourados |
| Sudeste | Minas Gerais | Centro Universitário do Sul de Minas – Varginha Faculdade Cidade de João Pinheiro – João Pinheiro Faculdade de Saúde Ibituruna – Montes Claros Faculdade de Talentos Humanos – Uberaba Instituto de Ciências da Saúde – Montes Claros Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba Universidade FUMEC – Nova Lima Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS – Alfenas Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS – Belo Horizonte Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS – Divinópolis Universidade Presidente Antonio Carlos – Bom Despacho Universidade Presidente Antonio Carlos – Ipatinga Universidade Presidente Antonio Carlos – Juiz de Fora Universidade Presidente Antonio Carlos – Uberlândia |
| | Espírito Santo | Faculdade de Ciências Biomédicas do Espírito Santo – Cariacica |
| | Rio de Janeiro | Centro Universitário Plínio Leite – Niterói Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro |
| | | Universidade Federal Fluminense – Niterói Universidade Severino Sombra – Vassouras |



| Distribuição dos Cursos Oferecidos Segundo as Regiões Geográficas, Estados e Instituições | | | |
|---|-------------------|---|---|
| Região | Estado | Cursos | |
| Sudeste | São Paulo | <p>Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto Centro Universitário Hermínio Ometto – Araras Faculdade de Americana – Americana Faculdade Santa Giúlia – Taquaritinga Faculdades Integradas de Fernandópolis – Fernandópolis Universidade de Campinas – Campinas Universidade de Mogi das Cruzes – Mogi das Cruzes Universidade de Santo Amaro – São Paulo Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto Universidade Estadual Paulista – Botucatu Universidade Federal de São Paulo – São Paulo</p> | <p>Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – São Paulo Centro Universitário de Araraquara – Araraquara Centro Universitário de Votuporanga – Votuporanga Centro Universitário Lusíada – Santos Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio – Itu Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas – Campinas Faculdades Integradas Einstein – Limeira Universidade Bandeirante de São Paulo – São Bernardo do Campo Universidade Bandeirante de São Paulo – São Paulo Universidade de Franca – Franca Universidade de Marília – Marília Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos Universidade Ibirapuera Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo</p> |
| Sul | Paraná | <p>Centro Universitário de Maringá – Maringá Centro Universitário Filadélfia – Londrina Faculdade Ingá – Maringá Faculdade União das Américas – Foz do Iguaçu Universidade Estadual de Londrina – Londrina Universidade Paranaense – Cascavel Universidade Paranaense – Francisco Beltrão</p> | <p>Centro Universitário FEEVALE – Novo Hamburgo Centro Universitário Metodista – Porto Alegre Universidade de Cruz Alta – Cruz alta Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre Universidade Luterana do Brasil – Cachoeira do Sul Universidade Luterana do Brasil – Canoas Universidade Luterana do Brasil – Carazinho</p> |
| | Rio Grande do Sul | <p>Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas – Porto Alegre</p> | <p>Centro Universitário FEEVALE – Novo Hamburgo Centro Universitário Metodista – Porto Alegre Universidade de Cruz Alta – Cruz alta Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre Universidade Luterana do Brasil – Cachoeira do Sul Universidade Luterana do Brasil – Canoas Universidade Luterana do Brasil – Carazinho</p> |

Regulamentação da Biomedicina no Brasil

No âmbito acadêmico o curso de Biomedicina nasce com o Parecer nº 107/70 do extinto Conselho Federal de Educação, que teve como relator o Professor Dr. Roberto Figueira Santos.

Na época, havia a preocupação dele, e de outros educadores, com a falta de docentes devidamente preparados para atuarem nas disciplinas básicas da área da saúde, especialmente no curso médico.

A Resolução s/nº do Conselho Federal de Educação fixou o mínimo de conteúdo e duração do curso de Ciências Biológicas – Modalidade Médica, tomando as precauções necessárias para que este não se confundisse com o curso de Biologia, já existente nas escolas brasileiras.

A partir da década de 60, e com várias denominações, diversas instituições de ensino superior oficiais, como a Escola Paulista de Medicina-SP (1966), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro – RJ (1966), a Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu – SP (1967), a Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto-SP (1967), Universidade Federal de Pernambuco-PE (1968), a Universidade Federal do Pará-PA (1971), começaram a oferecer a uma clientela jovem, um curso que se diferenciava dos tradicionais por sua estrutura e conteúdos inovadores.

Os integrantes das primeiras turmas do curso de Biomedicina, na época Ciências Biológicas Modalidade Médica, recebiam uma formação que os direcionava para a docência e a pesquisa. No entanto, a natureza e as diretrizes do curso, ainda que inovadoras, abriam a possibilidade de que os egressos, mediante a complementação da formação biomédica recebida, obtivessem uma nova titulação. Como consequência, a partir de 1970, várias instituições públicas de ensino superior deixaram de oferecer vagas para os cursos de Biomedicina, transferindo-as para outros cursos ou simplesmente as extinguindo.

No início da década de 70, novos cursos de Biomedicina passaram a ser oferecidos por instituições particulares de ensino que, com mais liberdade e sem pressão de outras áreas, aumentaram o leque e a carga horária das matérias, abrindo novas habilitações aos profissionais, antes limitados à pesquisa e docência.

Foram implantados cursos na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Barão de Mauá (Ribeirão Preto-SP), na Universidade Católica de Goiás (em Goiânia-GO); na Universidade de Mogi das Cruzes (Mogi das Cruzes-SP); na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Santo Amaro (atual Universidade Santo Amaro, São Paulo-SP) e na Universidade Metodista de Piracicaba (Piracicaba-SP). Cursos esses que se somaram àqueles cujo oferecimento não foi interrompido por



instituições públicas como a Universidade Federal de Pernambuco (Recife-PE) e a Universidade Federal do Pará, (Belém-PA). Com a multiplicação dos cursos, a expansão do contingente de profissionais docentes e de dirigentes envolvidos com seu funcionamento e administração, bem como do alunado neles matriculado, a questão da regulamentação da profissão e da organização do mercado do trabalho para os profissionais egressos adquiriu importância de vulto, e tornou-se o motivo e o motor de mobilização de todos os envolvidos.

Associações de classe foram constituídas em diversos locais do Brasil, visando ao desenvolvimento de um esforço conjunto para viabilizar a aprovação de projeto de lei regulamentando a profissão de biomédico.

Essa intensa mobilização em torno da regulamentação da profissão e do exercício profissional muito se deve à dedicação e ao esforço de inúmeras pessoas, em todas as regiões do País. A citação nominal de todos eles constitui tarefa que desborda os limites da presente obra. Porém, mesmo com o risco de cometer flagrantes omissões e injustiças, não é possível deixar de citar os nomes de alguns biomédicos. Em Ribeirão Preto, com apoio da Faculdade Barão de Mauá, destacaram-se João Edson Sabbag, Dácio Eduardo Leandro Campos Campos, Silvio José Cecchi e Marco Antonio Abrahão, além dos diretores Nicolau Dinamarco Spinelli, Domingos João Baptista Spinelli e do advogado Valter de Paula.

Em Santo Amaro, com o apoio da OSEC, os alunos Linda de Fátima Marques Duarte, Ricardo Cecílio, Nei Pirocelli e Modesto Gravina Neto.

Em Goiânia, o então acadêmico Sergio Antonio Machado e seus colegas Vera Aparecida Sadde, Jusabdon Naves Cançado, Paulo Luiz Carvalho Francescantonio, Luiz Murilo Martins de Araújo, Claudia Maria Duque de Souza e Mariana Abrão

Em Mogi das Cruzes, também com auxílio da UMC, José Eduardo Cavalcanti Teixeira e Benjamin Cimerman.

No Pará, foi decisivo o apoio de Edvaldo Carlos Brito Loureiro, Inocência de Souza Gorayeb, Joana D'arc Parente dos Reis, Ricardo Ishak e Vera Maria da Costa Nascimento.

Em Recife, Nilton Alves da Silva, Paulo José da Cunha Miranda, Carlos Roberto da Silva, Marilurdes Medeiros, José Juarez da Costa, Alexandre Falbo e Eduardo Henrique de Magalhães de Melo.

A ação desses precursores permitiu a construção de um extenso roteiro de iniciativas e de contatos políticos, voltados para a aprovação da lei de regulamentação da profissão que, obviamente, enfrentava poderosas resistências, oriundas de outros setores profissionais.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O esforço e a competência dos pioneiros que acreditaram no projeto do governo e na seriedade das IES que ofereciam os cursos, culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional, em setembro de 1979, da Lei Nº 6.686, que regulamentou a profissão de biomédico e estabeleceu seu campo de trabalho.

Foi fundamental nessa fase o papel do Senador Jarbas Passarinho, do Ministro Délio Jardim de Matos e do Presidente da Câmara dos Deputados, na época, Marco Maciel.

Em 1979, com a lei aprovada, os biomédicos iniciaram outra batalha, agora judicial, para derrubar, no Supremo Tribunal Federal, as expressões que cerceavam o direito do exercício da atividade de análise clínico-laboratorial para os formados após julho de 1983.

Em 20 de novembro de 1985, como resultado do trabalho desenvolvido pelo Dr. Adib Salomão, ilustre advogado, o Supremo Tribunal Federal acatou, na Representação 1256-DF, a tese do biomédicos, declarando inconstitucionais aquelas expressões.

Para orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional foi criado o Conselho Federal de Biomedicina, mesclando antigas e novas lideranças, que, além de suas funções institucionais, buscou difundir a profissão em todo os Estados da Federação.

Atualmente, a Biomedicina já está consagrada como profissão, com seus profissionais ocupando cargos e funções relevantes na área da saúde do País.

Como órgãos orientadores e disciplinadores conta, além do Conselho Federal, com quatro Conselhos Regionais e já apresenta número de profissionais para abertura de outros em regiões estratégicas para o desempenho de suas atividades.

Para os anais fica o registro dos profissionais citados e de entidades como: Associação dos Biomédicos do Estado de São Paulo – ABESP, Associação Nacional dos Biomédicos – ANB, Associação dos Biomédicos do Estado do Pará – ABEP, Associação dos Biomédicos de Ribeirão Preto – ABIRP, Associação dos Biomédicos de Goiás – ABEGO e Associação dos Biomédicos de Pernambuco – ABIPE, marcos importantes para a história, reconhecimento e desenvolvimento da Biomedicina.

Hoje a Biomedicina tem 29 habilitações, inclusive as Análises Clínicas, conforme Resoluções 78 e 83, de 29/04/2002, do Conselho Federal de Biomedicina, e está referendada como profissão da área da saúde de acordo com a Resolução 287 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação.



Tendências e perspectivas

Este trabalho, idealizado e coordenado pelos Ministérios da Educação e Saúde, com a participação de toda a área de saúde brasileira, visa traçar o perfil do profissional adequado aos programas de saúde, direito constitucional do cidadão brasileiro.

A integração efetivada por quem forma e por quem executa era o que faltava para melhor qualificar o profissional. Assim ele poderá aproveitar o melhor de sua formação nos grupos de saúde, Sistema Único de Saúde, especialmente no Programa de Saúde da Família – PSF.

As lacunas, se porventura houver, ficam por conta da Biomedicina não ter, até a presente data, participado do Provão e nem do ENADE, por sua própria especificidade na regulamentação da profissão.

Como forma de incentivo ao estudante, sugerimos um aproveitamento maior dos resultados finais do ENADE, sem ranquear alunos ou escolas. Talvez, ofertar uma pontuação aos egressos para uma possível pós-graduação, a exemplo de programa já implantado pela CAPES.

Da mesma forma, os dados das avaliações das comissões de especialistas do Inep poderiam fazer parte deste projeto, envolvendo as IES e estimulando-as a se qualificarem melhor, objetivo este, referendado nas políticas de qualidade do MEC.

Por fim, esperamos ter contribuído para o sucesso deste trabalho, desejando que ele continue em outras edições pois, sem dúvida alguma, suas diretrizes transformarão para melhor a educação no País e o atendimento à saúde da população brasileira.

Referência bibliográfica

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. Resoluções 78 e 83, de 29 de abril de 2002.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. **Revista O Biomédico**. Publicação trimestral, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. **Revista O Biomédico**. Publicação trimestral, 1993, 1ª Região.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. **Dossiê Regulamentação da Profissão (CRBM 1ª Região)** – Biomédicos Pioneiros.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (Inep). **Censo da Educação Superior 1993-2004**. Brasília: Inep, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (Inep). **Cadastro das Instituições de Educação Superior 1993-2005**. Brasília: Inep, 2005.

www.cfbiomedicina.org.br

www.crbm1.com.br

Élida Mara Leite Rabelo

Doutora, docente da UFMG.

Inga Ludmila Veitenheimer Mendes

Doutora, docente da UFRGS.

Marcos Pileggi

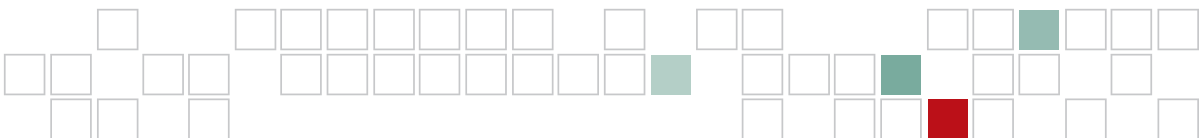
Doutor, docente da UEPG.

Ricardo Antunes de Azevedo

Doutor, docente da ESALQ/USP – Piracicaba-SP.

BIOLÓGICAS

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS



Histórico do curso

Os cursos de Ciências Biológicas remontam aos cursos de Ciências Naturais, passando pelos de História Natural, bacharelado e/ou licenciatura, licenciatura em Ciências com habilitação em Biologia, até os atuais cursos de Ciências Biológicas, modalidades de Bacharelado e Licenciatura.

Se olharmos a história do Brasil, do século XIX e início do XX, encontraremos uma série de naturalistas oriundos da Europa, que escreveram e descreveram as nossas riquezas naturais, antes que o Brasil pensasse na formação de seus próprios naturalistas, a partir de 1934, com o primeiro curso de História Natural do País, criado em São Paulo no mesmo ano de instalação da Universidade de São Paulo – USP. Este curso foi criado por Decreto do Estado de São Paulo nº 6.293, inserido na Secção de Ciências da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. As finalidades da Faculdade eram as de: a) preparar os trabalhos intelectuais para exercício das atividades culturais de ordem desinteressada ou técnica; b) preparar o candidato ao magistério do ensino secundário, normal e superior e c) realizar pesquisas nos vários domínios da cultura que constituem o objeto do ensino. Desta forma, segundo Noemy (1990), o curso de História Natural passou a fazer parte do cenário de ensino superior no País, com relevantes atribuições relacionadas à cultura, ensino e pesquisa. Os primeiros egressos (1937) foram apenas quatro: João Baptista Piovesan, Rosina de Barros, Michel Pedro Sawaya e Maria de Lourdes Canto. Merecem destaque outros nomes importantes para a Biologia, graduados nos primeiros anos de funcionamento do curso: Mário Guimarães Ferri, Josué Camargo Mendes, Bertha Lange de Morretes, Diva Diniz Correia, Crodowaldo Pavan, Martha Vanucci Mendes, Antonio Brito da Cunha, Setembrino Petri, Aylton Brandão Joly, entre outros.

Em junho de 1942, em Porto Alegre, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul — PUC-RS ofereceu o curso de História Natural. Entretanto, em virtude da pouca procura, a Universidade acabou cancelando a iniciativa. No mesmo ano, a Universidade de Porto Alegre – atual Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, abriu o curso de Ciências Naturais (considerado como bacharelado). O curso teve início com sete alunos, dos quais apenas três lograram concluí-lo em 1944: Irajá Damiani Pinto, Israel Maurício Berlim e Valentim Oscar Schneider. O curso estava vinculado à Faculdade de Filosofia, funcionando no porão da Faculdade de Direito. Foi nestas condições que se instalou o pequeno gabinete de Botânica. Um ano mais tarde, em 1943, foram organizados os laboratórios de Zoologia e Paleontologia. Também foi o ano da segunda turma do curso, com dois



alunos, entre os quais, Antônio R. Cordeiro, que organizou o Gabinete de Genética. Em 1944, teve início o segundo curso de História Natural do Estado do Rio Grande do Sul, agora na Pontifícia Universidade Católica.

Segundo dados do Inep/MEC (2006), os cursos pioneiros nas diferentes regiões geográficas do Brasil são:

- Sudeste, além da USP, pioneira no Brasil, a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – 1943 e a Universidade Federal de Minas Gerais – 1949;
- Sul, além da UFRGS e da PUCRS, já nomeadas, a Universidade Federal do Paraná – 1946;
- Nordeste – a Universidade Federal de Pernambuco e a Universidade Federal da Bahia – ambas em 1946;
- Norte – a Universidade Federal do Pará – 1957;
- Centro-Oeste – a Universidade Católica de Goiás – 1959.

Ao longo dos anos, os cursos de História Natural foram tomando novos formatos e se adaptando às novas exigências do mercado, abrangendo áreas mais amplas das Ciências Biológicas (CFBio 2003).

Após uma luta intensa dos profissionais e acadêmicos dos cursos de Biologia, foi promulgada em 3 de setembro de 1979 (data em que se comemora o Dia Nacional do Biólogo) a Lei nº 6.648, que regulamentou a profissão de biólogo, na qual em seu art. 1º informa que o exercício da profissão de biólogo é privativo dos portadores de diploma de : “... bacharel ou licenciado em curso de História Natural ou de Ciências Biológicas, em todas as suas especialidades ou de licenciado em Ciências, com habilitação em Biologia...”.

Uma vez regulamentada a profissão de biólogo e instalados o Conselho Federal de Biologia – CFBio e os Regionais (CRBio1, CRBio2, CRBio3, CRBio4, CRBio5, CRBio6 e CRBio7), consideram-se dois marcos importantes, para pautar a atividade profissional, as seguintes resoluções do Conselho Federal de Biologia: a Resolução nº 3, de 2 de setembro de 1997, que “Institui o Juramento Oficial do Biólogo, e dá outras providências”: “Juro, pela minha fé e pela minha honra e de acordo com os princípios éticos do biólogo, exercer as minhas atividades profissionais com honestidade, em defesa da vida, estimulando o desenvolvimento científico, tecnológico e humanístico com justiça e paz”; e Resolução nº 2, de 5 de março de 2002 que “Aprova o Código de Ética do Profissional Biólogo”.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A legislação que tem regulamentado a criação e funcionamento dos cursos de Bacharelado e Licenciatura na área da Biologia está listada, de uma maneira histórica, a seguir:

Parecer CFE 325/62 e Resolução s/nº de 1962: estabeleceram o currículo mínimo de História Natural.

Parecer CESu nº 5/63: aprovou o desdobramento do curso de História Natural em curso de Ciências Biológicas e curso de Geologia.

Parecer CESu 30/64: estabeleceu o currículo mínimo de Ciências Biológicas.

Portaria MEC nº 510/64: fixou o currículo mínimo para licenciatura e bacharelado de Ciências Biológicas.

Parecer 81/65: estabeleceu a duração e o currículo mínimo para licenciatura em Ciências 1º grau.

Parecer 571/66: estabeleceu o currículo mínimo para Ciências Biológicas (bacharelado modalidade médica).

Portaria CFE nº 25/67: retificou a Portaria MEC nº 510/64, estabelecendo o currículo mínimo para o curso de Bacharelado em Ciências Biológicas, modalidade médica.

Resolução CFE de 4 de fevereiro de 1969: estabeleceu o currículo mínimo e duração do curso de Ciências Biológicas com tronco curricular comum para licenciatura e bacharelado, modalidade médica; revogou os currículos mínimos de História Natural e Ciências Biológicas.

Parecer nº 107/70 (Resolução de 4 de fevereiro de 1970): organizou o currículo mínimo de Ciências Biológicas (Licenciatura e Bacharelado).

Parecer nº 1.687/74 e Resolução CFE 30/74: criou cursos de Ciências, habilitação Biologia – Ciências de 1º grau (Curta) e Biologia 2º grau (Plena).

Resolução CFE 37/75: determinou a obrigatoriedade dos cursos de Licenciatura curta em Ciências.

Resolução CFE 5/78: suspendeu a obrigatoriedade dos cursos de Licenciatura curta em Ciências.

Lei nº 9.394/1996: estabelece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Resolução CNE nº 3/1997: tratou da formação do professor leigo.

Parecer CNE/CP nº 9/2001: estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.

Parecer CNE/CP nº 21/2001: estabeleceu a duração e carga horária dos cursos de Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.

Parecer CNE/CP nº 27/2001: estabeleceu uma nova redação ao item 3.6, alínea c, do Parecer CNE/CP 9/2001, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.

Parecer CNE/CP nº 28/2001: estabeleceu uma nova redação ao Parecer CNE/CP 21/2001, que estabelece a duração e a carga horária dos cursos de Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.

Parecer CNE/CES nº 1.301/2001: estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Ciências Biológicas.

Resolução CNE/CP nº 1/2002: instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.

Resolução CNE/CP nº 2/2002: instituiu a duração e a carga horária dos cursos de licenciatura, de graduação plena, de formação de professores da Educação Básica em nível superior.

Resolução CNE/CES nº 7/2002: estabeleceu as Diretrizes Curriculares para os cursos de Ciências Biológicas.

O campo de atuação do biólogo, fascinante e de extrema importância nos caminhos científicos atuais, como o da biotecnologia, da preservação e conservação do ambiente, da biodiversidade e recursos genéticos, inclusive com grande apelo da mídia, aumentou a procura pelos cursos de Ciências Biológicas. Com a regulamentação da profissão, e o estabelecimento de diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Ciências Biológicas e a sua inclusão como profissional da área de saúde, o biólogo passa a ter uma maior capacidade de inserção no mercado de trabalho, com melhor qualidade em sua formação, possibilitando uma maior competitividade frente a profissionais cujas áreas de conhecimento e atuação se sobrepõe.

Os cursos de licenciatura, assim como os de bacharelado devem conferir aos egressos, conforme a lei que regulamenta a profissão de biólogo e as diretrizes curriculares para os cursos de Ciências Biológicas, formação básica, qualificada e equivalente, na área biológica.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

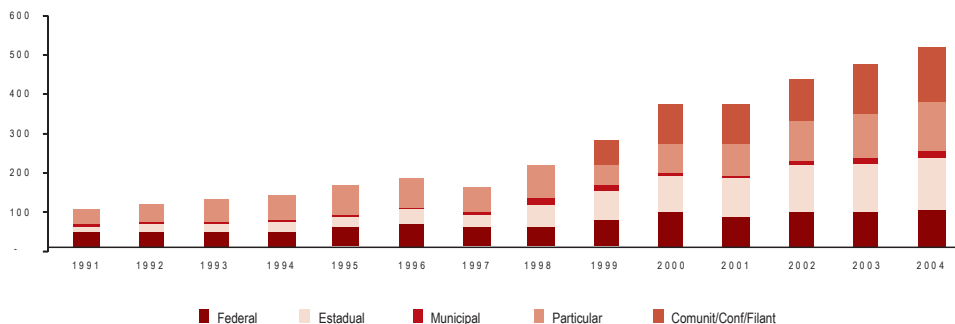
Esta publicação, que tem como um dos objetivos a análise do Censo da Educação Superior, englobando o período de 1991 a 2004, mostra, entre outros fatores, um crescimento contínuo no número de cursos de Ciências Biológicas no Brasil. Dados de 2005, tendo como fonte o MEC/Inep/DEAES, mostram que somente neste ano houve um acréscimo de 89 cursos em relação a 2004, representando um incremento significativo em relação aos anos anteriores.

O direcionamento adotado foi o de se fazer uma leitura preliminar, traçando um delineamento de tendências dos cursos, principalmente em termos de análises por regiões geográficas e regimes administrativos. Os dados estão apresentados em Tabelas e gráficos e estão ainda parcialmente descritos e discutidos para alguns aspectos mais gerais, tais como, o número de cursos, de vagas, de inscritos, de ingresso e de concluintes. Nesse estudo, consideramos principalmente as IES por categorias administrativas e regiões geográficas do País. No entanto, outros dados estão também apresentados na forma de Tabelas anexas. A inclusão dessas Tabelas permite que o leitor possa realizar seu próprio estudo e análise crítica para as diferentes IES e com a abordagem que achar mais interessante. No caso específico de faculdades escola e institutos, faculdades integradas, centros universitários e centros de educação tecnológicos, para os quais não existem dados completos para o período analisado ou que não existem ainda por região do País, apesar de não menos importantes, foram incluídos como anexos, porém não discutidos, permitindo também que o leitor possa ter as informações disponíveis no momento para estas instituições. O grupo responsável por esta análise inicial entende que novas inferências deveriam ser buscadas, como o cruzamento dos dados levantados neste projeto com aqueles sobre qualidade de ensino, desempenho em exames nacionais e infra-estrutura das IES. Um tratamento importante aos dados avaliados neste projeto, que não foram disponibilizados nesta oportunidade, refere-se à discriminação, anterior a 1999, dos cursos regulares de Ciências Biológicas nas modalidades bacharelado e licenciatura. Este novo tratamento poderia fornecer maiores subsídios a este documento para o conhecimento do perfil dos cursos de Ciências Biológicas e suas tendências.

Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

O número de cursos criados no período em análise passou de 92, em 1991, para 507, em 2004, representando um aumento de 451% (Gráfico 1). O número de cursos criados tanto em IES públicas quanto em IES privadas apresentou um crescimento contínuo no período analisado (1991 – 2004), sendo que a partir de 1999 ocorreu uma subdivisão oficial das IES privadas em dois grupos: a) particulares e b) comunitárias, filantrópicas e confessionais (Gráfico 1). Quando analisada individualmente a contribuição de novos cursos entre instituições públicas e privadas, observa-se um aumento de 342% dos cursos nas IES públicas contra um aumento de 613% nas IES privadas. Vale ressaltar que dentre este valor de 613%, as instituições que englobam as do tipo confessionais, comunitárias e filantrópicas, corresponderam em 2004 a 51% dos cursos oferecidos pelas instituições privadas (Gráfico 1).

Figura1. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa no Brasil, 1991 – 2004



O aumento de cursos oferecidos ocorreu de forma contínua e similar dentre as diversas regiões geográficas do País. (Gráficos 2 a 7). O maior número de cursos oferecidos em 2004 concentrou-se nos Estados de SP, MG, PR, RS e RJ, seguido pelo Estado do PI. Estes mesmos Estados do Sul e Sudeste representavam 62% do número de cursos oferecidos em 1991. (Gráfico 7).

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Em 1991 a Região Sudeste oferecia o maior número de cursos com 46% do total, seguida pelas Regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte (Gráfico 8). Em 2004 a Região Sudeste continuou com o maior número de cursos oferecidos, entretanto com uma participação mais reduzida (40%) (Gráfico 10). Além disso, a Região Nordeste, que em 1991 representava 15% do total de cursos, passa em 2004 a oferecer 23% dos cursos, posicionando-se em segundo lugar em número de cursos oferecidos no País, seguida das Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte, as quais apresentaram pequena alteração nos percentuais ao longo do período analisado (Gráficos 2 a 8, 10).

Entretanto, ao se fazer a relação entre o número de cursos e o tamanho da população por região geográfica, com base em dados do IBGE (2006) [Gráfico 8 contra Gráfico 9 (1991) e Gráfico 10 contra Gráfico 11 (2004)], observa-se um maior equilíbrio na distribuição dos cursos por região, tanto em 1991 quanto em 2004. Ainda em relação aos dados de cursos por tamanho da população, houve um aumento relativo de cursos, em 2004, na Região Nordeste (de 9% para 15%) e redução na Região Centro-Oeste (de 33% para 26%) (Gráfico 9 e 11). As demais regiões se mantiveram estáveis.

Gráfico 2. Percentual de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas na Região Norte, 1991 – 2004

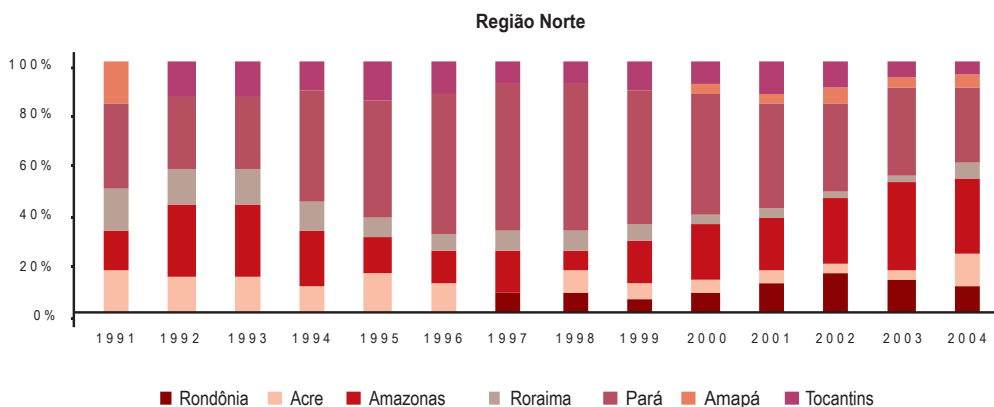


Gráfico 3. Percentual de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas na Região Nordeste, 1991 – 2004

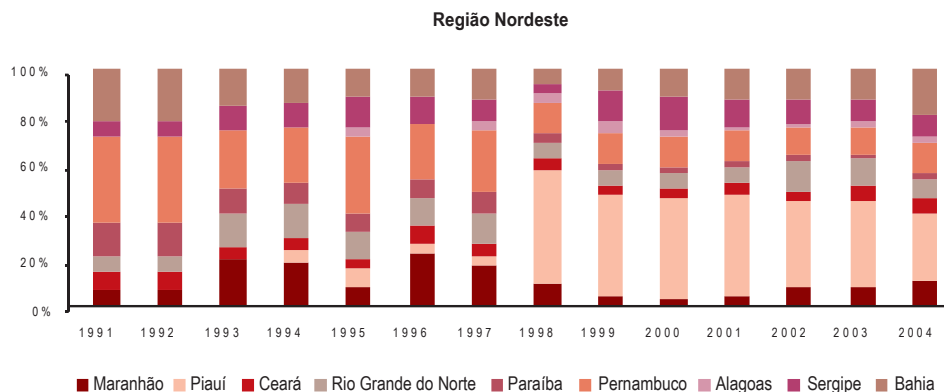


Gráfico 4. Percentual de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas na Região Sudeste, 1991 – 2004

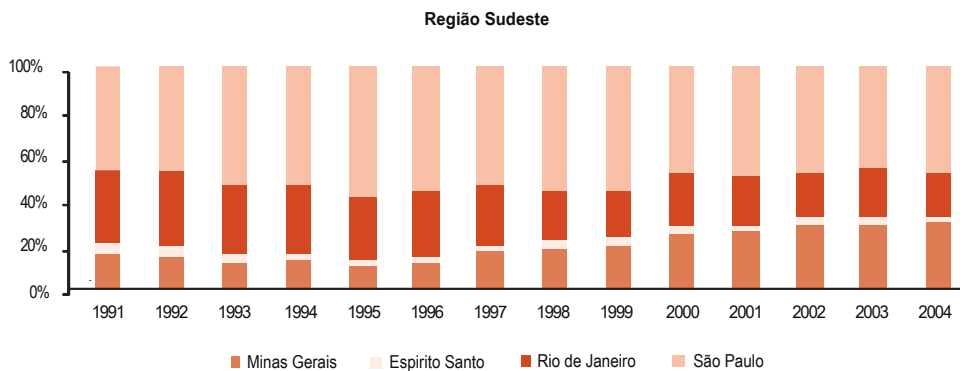


Gráfico 5. Percentual de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas na Região Sul, 1991 – 2004

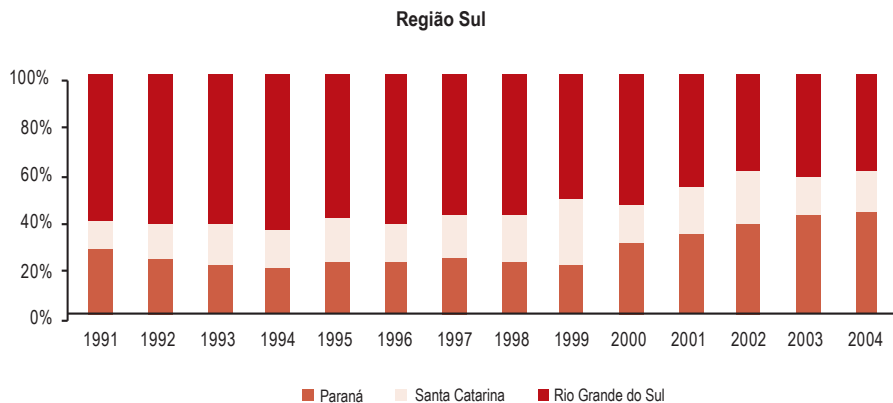


Gráfico 6. Número de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas na Região Centro-Oeste, 1991 – 2004

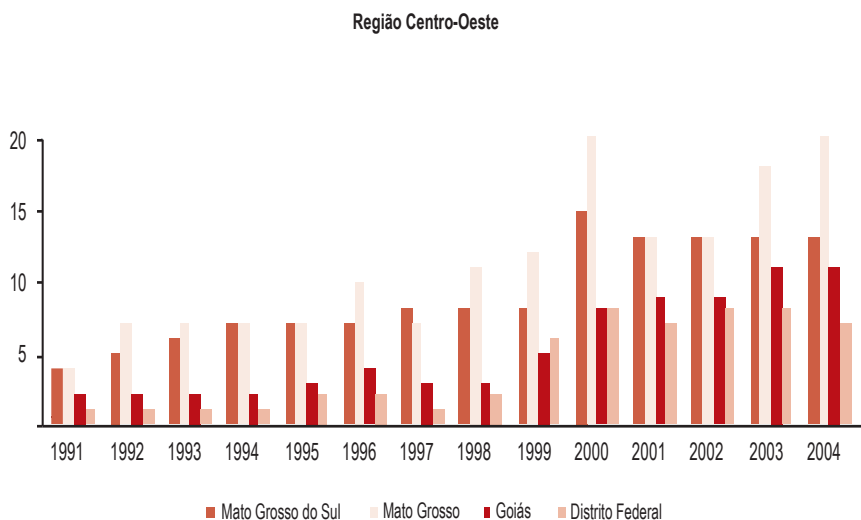


Gráfico 7. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

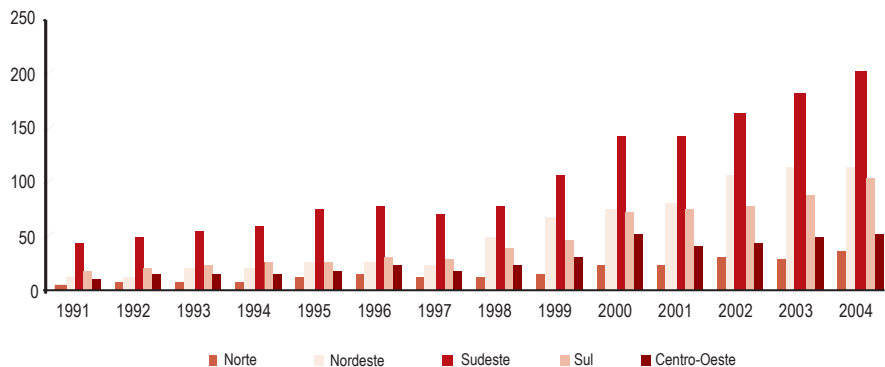


Gráfico 8. Cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991

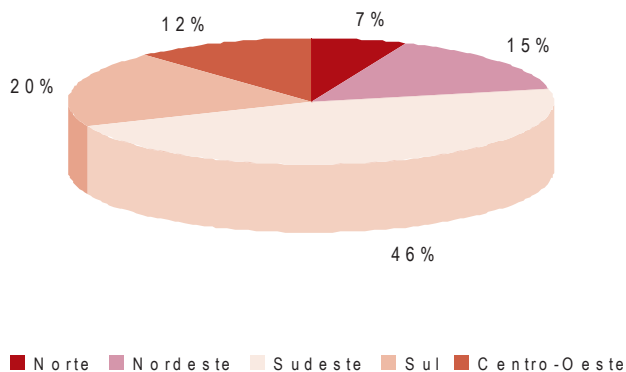


Gráfico 9. Relação do número de cursos presenciais de Ciências Biológicas por habitantes, em milhão, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991

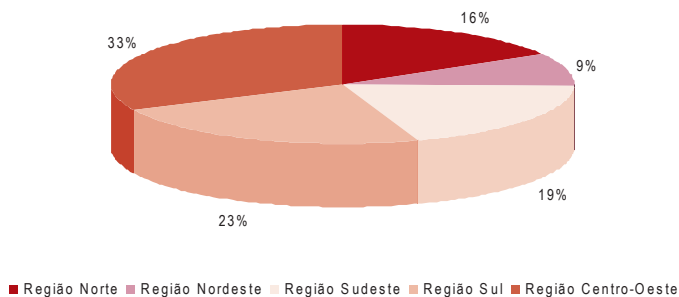


Gráfico 10. Cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 2004

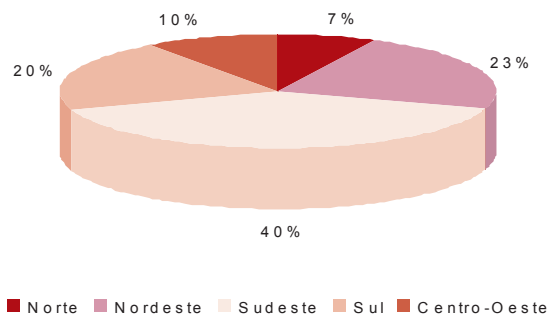


Gráfico 11. Relação do número de cursos presenciais de Ciências Biológicas por habitantes, em milhão, segundo as regiões geográficas do Brasil, 2004

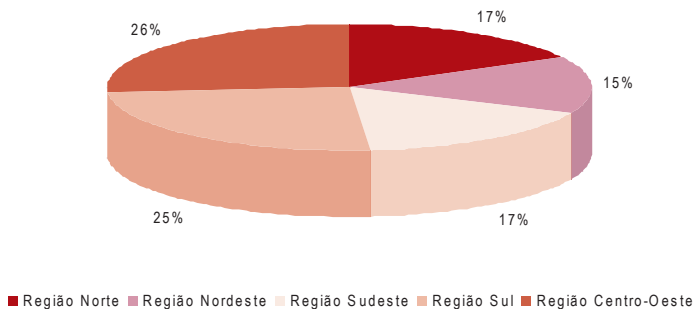


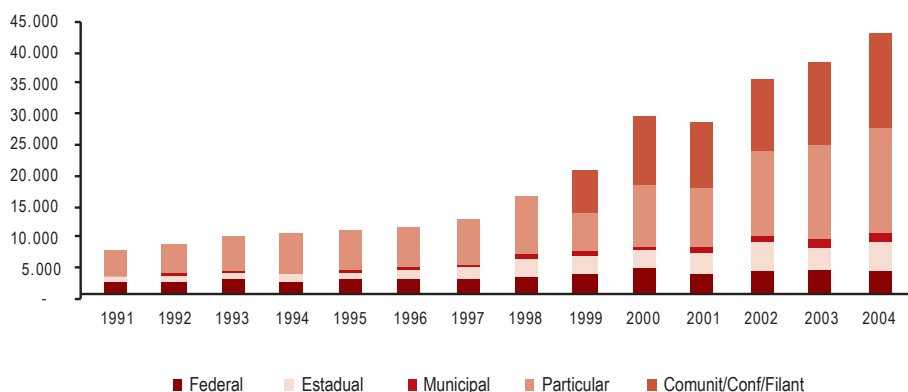
Tabela 1. Relação do número de cursos e concluintes de Ciências Biológicas e população por regiões geográficas, em 1991 e 2004

| | 1991 | 1991 | 1991 | 2004 | 2004 | 2004 |
|--------------|--------|--------|-------------|--------|--------|-------------|
| | Cursos | Concl. | Habitantes | Cursos | Concl. | Habitantes |
| Brasil | 92 | 2.879 | 149.926.149 | 507 | 14.998 | 179.113.540 |
| Norte | 6 | 84 | 10.410.736 | 37 | 795 | 14.064.366 |
| Nordeste | 14 | 434 | 43.354.006 | 115 | 2.227 | 49.867.889 |
| Sudeste | 43 | 1.799 | 63.966.982 | 201 | 7.603 | 76.333.794 |
| Sul | 18 | 391 | 22.474.653 | 103 | 2.549 | 26.315.103 |
| Centro-Oeste | 11 | 171 | 9.719.772 | 51 | 1.824 | 12.532.388 |

Evolução de vagas oferecidas por processos seletivos dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e por regiões geográficas no Brasil, 1991 – 2004

Assim como observado para o crescimento no número de cursos pelo País no período de 1991 – 2004, ocorreu também um aumento contínuo bastante significativo de vagas oferecidas pelas IES públicas e privadas resultando em um incremento total de 488% de 1991 a 2004, sendo que o aumento nas IES públicas foi de 225% e nas IES privadas da ordem de 678% (Gráfico 12). Este grande aumento no oferecimento de vagas pelas IES privadas foi particularmente expressivo a partir de 1999, devido à contribuição dos cursos de IES categorizadas em particulares, comunitárias, confessionais e filantrópicas, elevando a participação das IES privadas, que em 1991 era de 58% para 76,7% em 2004, com conseqüente redução proporcional das vagas oferecidas pelas IES públicas de 42% em 1991 para 23,3% em 2004 (Gráfico 12).

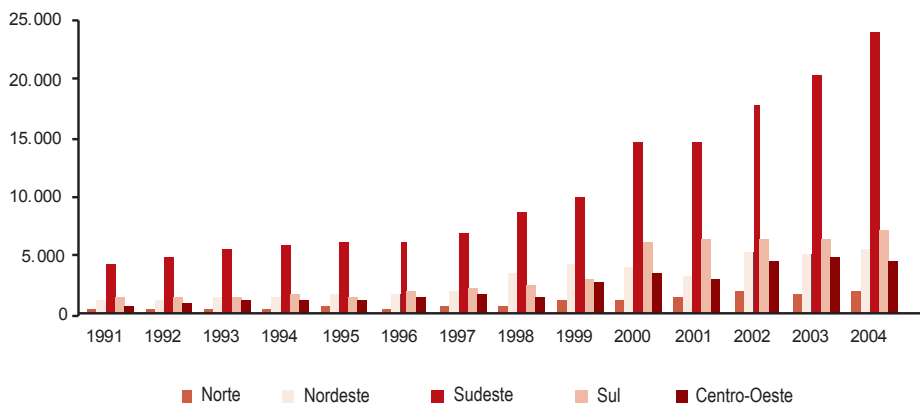
Gráfico 12. Evolução de vagas oferecidas por processos seletivos dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa, no Brasil, 1991 – 2004



Com relação especificamente às IES públicas, tanto federais, estaduais como municipais, todas apresentaram um aumento significativo de vagas oferecidas entre 1991 e 2004, entretanto, ocorreu uma inversão a partir de 2002 entre as vagas oferecidas pelas IES federais e estaduais, visto que as IES federais ofereceram mais

vagas entre as IES públicas de 1991 (65,8% do total entre as IES públicas) até 2001 (46,2%), quando então as IES estaduais que em 1991 participavam com 28,6% das vagas oferecidas entre as IES públicas, passaram a contribuir com 46,7% em 2002 (Gráfico 12). Curiosamente, observou-se ainda que, após um período de grande evolução no oferecimento de vagas entre 1997 e 2000, o ano de 2001 apresentou uma redução de 3,3% no número de vagas oferecidas no País (Gráfico 12), principalmente nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, que apresentaram redução de 19,08% e 10,75% respectivamente (Gráfico 13).

Gráfico 13. Evolução de vagas em cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

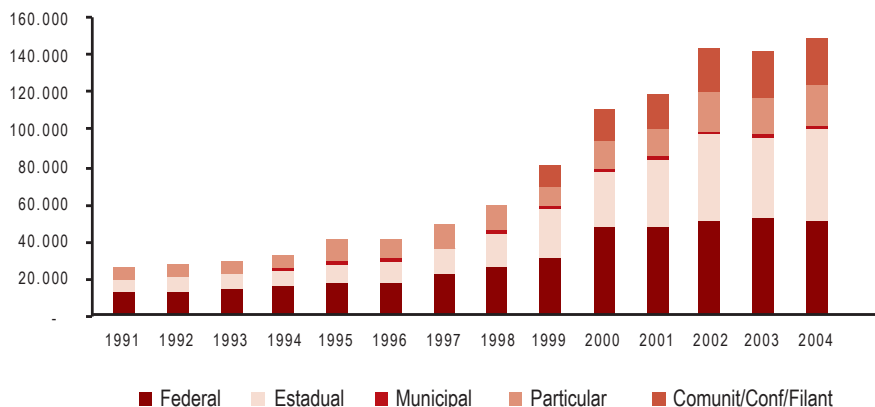


Quando é considerada a distribuição das vagas oferecidas entre as diferentes regiões do País (Gráfico 13), observa-se também um incremento bastante significativo de vagas em todas as regiões, com aumentos entre 1991 e 2004 de 611%, 604%, 480%, 470% e 438% para as Regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Nordeste, respectivamente. Apesar desses aumentos bastante elevados para cada região, a participação de cada uma no oferecimento de vagas variou pouco percentualmente, sendo que a Região Sudeste, que contribuía com 56,9% das vagas em 1991, passou a contribuir com 56,1% em 2004. Já a Região Sul com 16,8% das vagas em 1991 passou a 16,3% em 2004. A Região Nordeste sofreu uma redução de 14,1% para 12,9%. A Região Centro-Oeste, que continha 8,4% das vagas em 1991, fechou 2004 com 10,1% e finalmente a Região Norte apresentou uma elevação de 3,7% das vagas para 4,5%, em 2004 (Gráfico 13).

Evolução de candidatos inscritos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

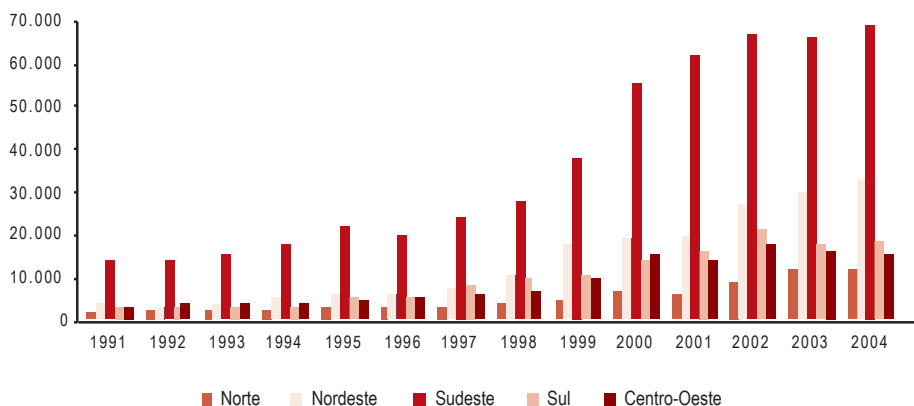
O número de inscritos por processos seletivos nos cursos de graduação em Ciências Biológicas teve um aumento praticamente contínuo durante o período em análise, indo de 24.865 em 2001 para 146.601 em 2004, ou seja, um aumento de 489,6%, o qual foi similar entre IES públicas (491,5%) e IES privadas (485,5%) (Gráfico 14). Um fato bastante interessante é que apesar deste significativo aumento no número de inscritos, a participação das IES públicas e privadas praticamente ficou inalterada quando comparados os anos de 1991 e 2004, com as IES públicas participando com 68,2% e 68,4%, respectivamente e as IES privadas participando com 31,8% e 31,6%, respectivamente (Gráfico 14). Observou-se também que entre as IES públicas, as federais receberam o maior número de inscritos, porém as estaduais apresentaram um incremento pouco maior nos anos mais recentes, culminando com uma pequena diferença, para menos, em relação as IES federais no ano de 2004. Novamente, a partir de 1999, os cursos de IES comunitárias, confessionais e filantrópicas, passaram a representar pouco mais que 50% em média dos inscritos entre as IES privadas (Gráfico 14).

Gráfico 14. Evolução de candidatos inscritos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa no Brasil, 1991 – 2004



O número total de candidatos que se inscreveram nos processos seletivos para os cursos de Ciências Biológicas nas diferentes regiões geográficas do País, no período de 1991 a 2004, foi de 1.021.051 inscritos, sendo que o maior número foi no Sudeste, correspondendo a 49,7% do total, seguidos pelo Nordeste, com 18,4%, Sul com 13,3%, Centro-Oeste com 11,8% e Norte com 6,8%. Observa-se, entretanto, que em todas as regiões houve aumentos significativos ao longo dos 13 anos em análise, com aumentos de 849%, 591%, 489%, 412% e 379% para as Regiões Nordeste, Norte, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente. Porém, comparando-se os dados de 1991 em relação a 2004, notam-se variações bastante distintas na participação de cada região, como no caso da Região Nordeste que passou de 13,8% em 1991 para 22,2% dos inscritos em 2004, enquanto que a participação da Região Sudeste diminuiu de 54,3% em 1991 para 47,1% em 2004, tendo a Região Sul mantido exatamente a mesma participação, isto é, 12,3% em 1991 e 2004. (Gráfico 15).

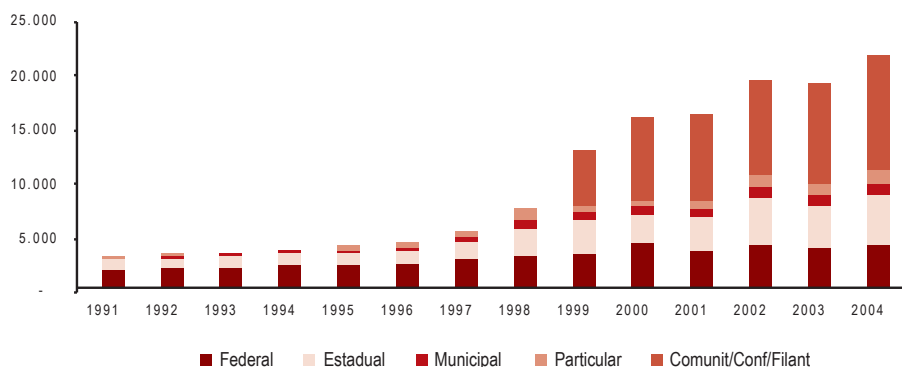
Gráfico 15. Evolução de inscritos em cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004



Evolução de ingressos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

O número total de ingressantes por processo seletivo no período compreendido entre 1991 e 2004 foi de 212.579, dos quais 37,5% ingressaram em IES públicas e 62,5% em IES privadas. Observa-se que no período compreendido entre 1991 e 1998, a participação das IES privadas foi de 50,7% contra 43,6% das IES públicas. O número de ingressos nas instituições de Ensino Superior apresentou um aumento total de 401% durante o período analisado, sendo que as IES públicas tiveram um crescimento de 250,4% enquanto as IES privadas apresentaram um aumento de 529,2% (Gráfico 16).

Gráfico 16. Evolução de ingressos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa no Brasil, 1991 – 2004



As instituições privadas sempre apresentaram um número maior de ingressos em relação às públicas, porém com diferenças não significativas, até os anos de 1999 e 2000, quando o número de cursos oferecidos pelas IES privadas teve um grande incremento, passando de 6.462 ingressos em 1998 para 14.530 em 2000. Com relação à categoria administrativa pública, observa-se que as IES estaduais a partir de 1998 passaram a apresentar um aumento de ingressos por processos seletivos, havendo uma contribuição praticamente equivalente entre as IES federais e estaduais, à exceção do ano de 2000, sendo que a partir de 2002 as IES estaduais superaram as federais no número de ingressantes (Gráfico 16).

Evolução de ingressos nos cursos de graduação pre-senciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

Para todas as regiões geográficas foi notado um aumento acentuado no número total de ingressos por ano nos cursos de Ciências Biológicas do País, com algumas exceções: em 1996 houve uma redução (evasão) total de 0,4%, decorrente de uma redução de 21,6% na Região Norte, 10,22% no Nordeste e 7,4% na Região Sudeste; e em 2003 houve uma redução (evasão) de 0,3% ocasionada por uma reduções de 14,06% no Nordeste, 2,4% no Sul e 6,8% no Centro-Oeste (Gráfico 14). Verificou-se também um aumento acentuado no número total de ingressos por ano nos períodos entre 1999 e 2000, com exceção da Região Nordeste onde este aumento se deu em 1998 (Gráfico 17).

Gráfico 17. Eevolução de ingressos em cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

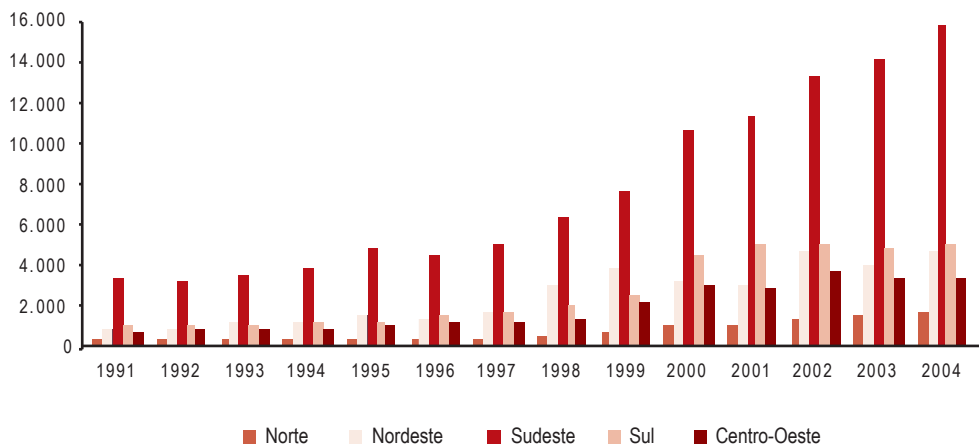
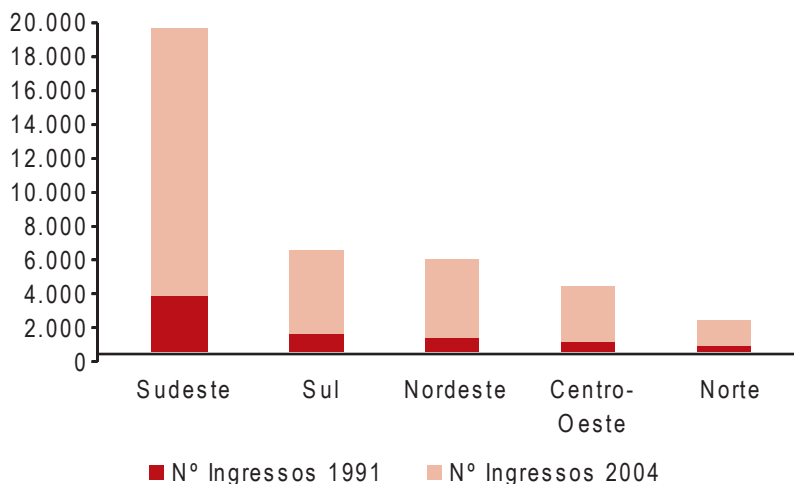


Tabela 2. Número de ingressos em cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por região geográfica do Brasil, 1991 – 2004

| Região Geográfica | n (%) 1991 | n (%) 2004 |
|-------------------|---------------|----------------|
| Sudeste | 3.288 (54,8) | 15.713 (52,3) |
| Sul | 1.015 (16,9) | 4.889 (16,3) |
| Nordeste | 833 (13,9) | 4.586 (15,1) |
| Centro-Oeste | 594 (9,9) | 3.265 (10,9) |
| Norte | 270 (4,5) | 1.607 (5,3) |
| Total | 6.000 (100,0) | 30.060 (100,0) |

Gráfico 18. Número de ingressos em cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

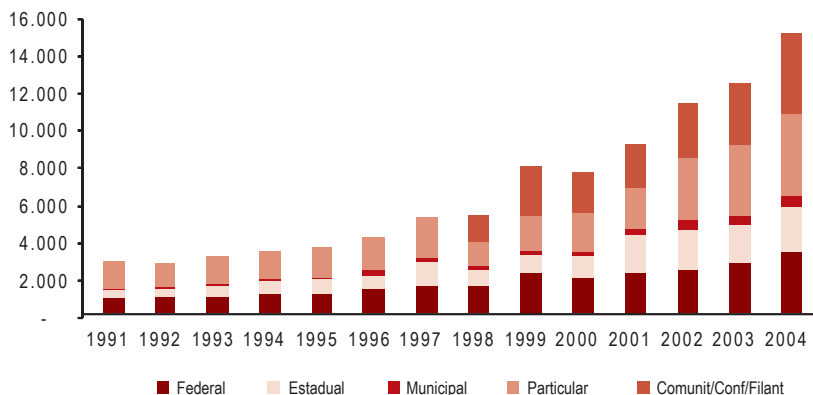


O aumento no número total de ingressos no País em 2004 em relação a 1991 foi de 401%. Cabe destacar que a contribuição das diferentes regiões em relação ao total de ingressos em 1999 e 2004 ocorreu de forma percentualmente semelhante (Gráfico 17).

Evolução de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo categoria administrativa e regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

Ocorreu um aumento crescente de concluintes tanto nas IES públicas quanto nas IES privadas, ao longo do período analisado, (1991 – 2004), correspondendo a 420,9%. O ano de 1999 apresentou um aumento de 51,7% no número total de concluintes em relação ao ano de 1998. Este aumento é um reflexo do aumento no número de concluintes tanto nas IES públicas (aumento de 30,9%), quanto nas privadas (aumento de 72%) (Gráfico 19). Dentre as públicas, as federais apresentam o maior número de concluintes em 2004, entretanto, para o mesmo ano, o maior número de concluintes foi proveniente das instituições privadas.

Gráfico 19. Evolução de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo a categoria administrativa no Brasil, 1991 – 2004





A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

No período entre 1992 a 1997, as públicas sempre apresentaram um maior número de concluintes do que as IES privadas, a inversão nesta tendência se deu em 1999, quando o número de concluintes provenientes das IES privadas cresceu 72,0% em relação ao ano anterior e novamente em 2002 com um aumento de 40,0%, culminando com um valor de 57,6% no número de concluintes das IES privadas, contra 42,4% de concluintes nas IES públicas em 2004. Neste ano, dentre as IES públicas, as federais apresentaram o maior número de concluintes (52,2%), enquanto que dentre as IES privadas, as particulares praticamente contribuíram com percentual equivalente ao das comunitárias, confessionais e filantrópicas, isto é, 50,4% e 49,6%, respectivamente (Gráfico 19).

O número de concluintes de acordo com as regiões geográficas do País apresentou um aumento linear ao longo dos anos em análise, com um aumento total de 420,9%. Em 1991 o maior número de concluintes se originava da Região Sudeste e esta tendência se manteve durante o período em análise com um aumento total de 322,6%. A Região Nordeste vinha em seguida à Região Sudeste durante quase todo o período em análise, à exceção dos anos 1995, 1999 e 2004. Neste último ano, a Região Sul ocupou o segundo posto em número de concluintes. A região que apresentou um maior crescimento em números percentuais foi a Centro-Oeste (966,6%) seguida pelas Regiões Norte (846,4%), Sul (551,9%), Nordeste (413,1%), e Sudeste (322,6%) (Gráfico 20).

Do mesmo modo, como foi observado para o número de cursos em relação à densidade populacional por região geográfica, também se constatou um maior equilíbrio entre número de concluintes e densidade populacional, nas regiões, tanto em 1991 e 2004 (IBGE, 2006) (Gráficos 23 e 25) em relação ao percentual de concluintes por região, em dados absolutos (Gráficos 22 e 24). Nos dados relativos à densidade populacional, houve uma redução do número de concluintes/milhão de habitantes em 2004 em relação a 1991, nas Regiões Norte, Nordeste e Sudeste, e um aumento significativo na Centro-Oeste (Gráficos 23 e 25).

O número total de concluintes no período em análise foi de 89.694, sendo que a contribuição percentual de cada região foi de: Sudeste (55%), Sul (15%), Nordeste (15%), Centro-Oeste (11%) e Norte (4%) (Gráficos 20 e 21).

Gráfico 20. Evolução de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

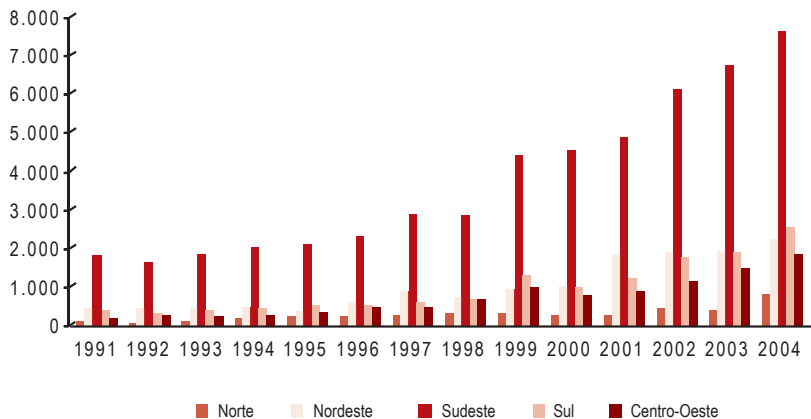


Gráfico 21. Evolução de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por porcentagem, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991 – 2004

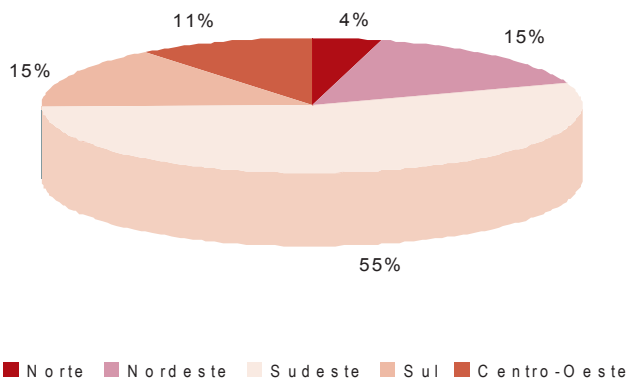


Gráfico 22. Concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por porcentagem, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991

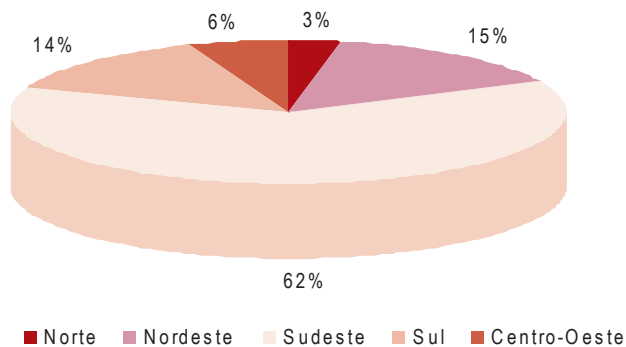


Gráfico 23. Relação do número de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por habitantes, em milhões, segundo as regiões geográficas do Brasil, 1991

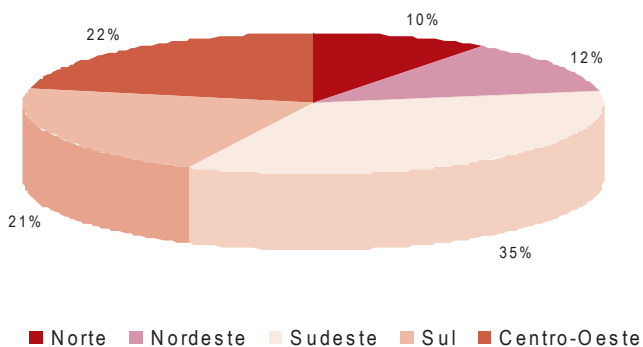


Gráfico 24. Concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por porcentagem, segundo as regiões geográficas do Brasil, 2004

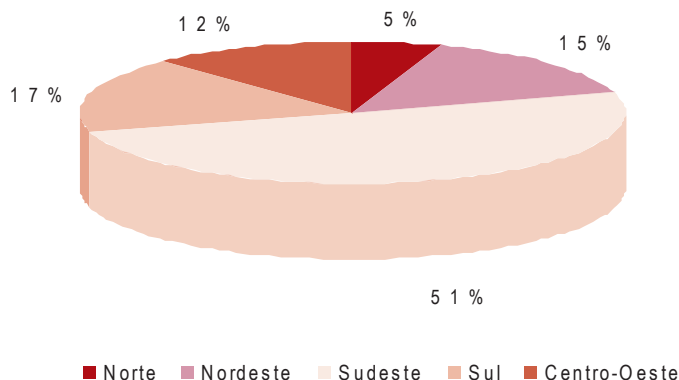
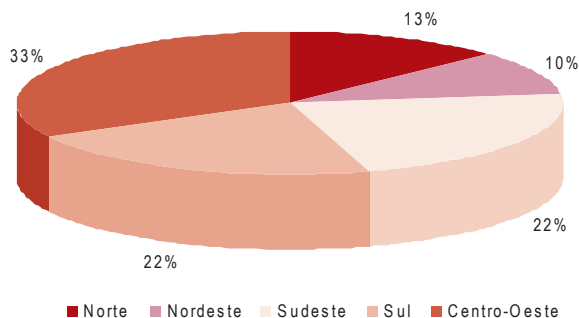


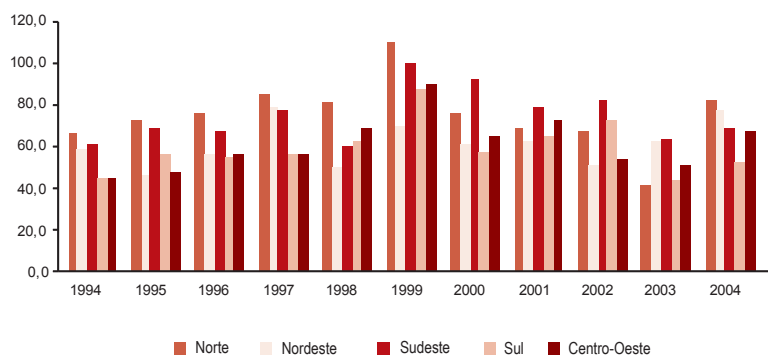
Gráfico 25. Relação do número de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Ciências Biológicas, por habitantes, em milhões, segundo as regiões geográficas do Brasil, 2004



O número de concluintes em relação ao número de ingressantes quatro anos antes demonstra uma oscilação na taxa de evasão (Gráfico 26). Houve um aumento constante na porcentagem de concluintes, culminando em 1999 com o mais alto índice (91%), o qual corresponde aos ingressos de 1996. Após 1999, estes valores foram diminuindo gradativamente, atingindo 56,3% em 2003 e 65,8% em 2004. Esta

tendência foi observada para as diferentes regiões geográficas. Por outro lado foi observada uma baixa taxa de concluintes no ano de 2003, também refletida em todas as diferentes regiões geográficas (Gráfico 26).

Gráfico 26. Percentual do número de concluintes do curso de Ciências Biológicas em relação ao número de ingressantes quatro anos antes, por região do Brasil, 1991 – 2004



Coincidentemente, a maior porcentagem de concluintes ocorreu em 1999, ano em que foi detectado um aumento no número de ingressos em relação aos anos anteriores, provavelmente evidenciando uma maior fixação do curso neste período.

O número de concluintes em 2003 foi em geral o de menor valor para o período analisado (56,3% no total). Estes concluintes correspondem aos ingressos de 1999, que, por sua vez, foi o ano que apresentou o maior aumento percentual de ingressos no período analisado (Gráfico 26).

Síntese dos aspectos analisados no período de 1991 a 2004

Existe obviamente uma relação estreita entre os índices discutidos anteriormente e cujos dados foram compilados entre 1991 e 2004 e apresentados separadamente. Na Tabela 3 e Gráficos 27 a 31, os dados gerais foram combinados para as IES públicas e privadas para melhor visualização da distribuição do número de cursos, vagas oferecidas, candidatos inscritos, ingressos e concluintes.

Tabela 3. Quadro síntese com os principais aspectos analisados para o curso de Ciências Biológicas, durante o período de 1991 a 2004

| Ano | Cursos | | Cursos | Vagas | | Cand. | Cand. | Cand. | Ingressos | | Ingressos | |
|------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|--------|--------|-----------|-------|-----------|-----------|
| | Público | Privado | | Total | Público | | | | Privado | Total | | p/Seleção |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1991 | 55 | 37 | 92 | 3.043 | 4.183 | 7.226 | 16.959 | 7.906 | 24.865 | 2.759 | 3.241 | 6.000 |
| 1992 | 60 | 46 | 106 | 3.341 | 4.628 | 7.969 | 19.290 | 6.325 | 25.615 | 2.993 | 2.944 | 5.937 |
| 1993 | 64 | 58 | 122 | 3.708 | 5.515 | 9.223 | 20.823 | 6.202 | 27.025 | 3.067 | 3.594 | 6.661 |
| 1994 | 68 | 64 | 132 | 3.609 | 6.175 | 9.784 | 23.498 | 7.064 | 30.562 | 3.332 | 3.839 | 7.171 |
| 1995 | 83 | 75 | 158 | 3.812 | 6.563 | 10.375 | 26.658 | 12.671 | 39.329 | 3.522 | 5.218 | 8.740 |
| 1996 | 99 | 77 | 176 | 4.199 | 6.715 | 10.914 | 28.522 | 9.947 | 38.469 | 3.814 | 4.891 | 8.705 |
| 1997 | 87 | 66 | 153 | 5.009 | 7.293 | 12.302 | 34.419 | 13.329 | 47.748 | 4.691 | 5.274 | 9.965 |
| 1998 | 123 | 81 | 204 | 6.686 | 9.305 | 15991 | 43.904 | 12.691 | 56.595 | 6.320 | 6.462 | 12.782 |
| 1999 | 154 | 115 | 269 | 7.149 | 13.083 | 20232 | 56.915 | 21.477 | 78.392 | 6.922 | 9.580 | 16.502 |
| 2000 | 189 | 174 | 363 | 7.757 | 21.160 | 28.917 | 76.991 | 32.070 | 109.061 | 7.459 | 14.530 | 21.989 |
| 2001 | 183 | 180 | 363 | 7.463 | 20.514 | 27.977 | 83.377 | 32.496 | 115.873 | 7.234 | 15.561 | 22.795 |
| 2002 | 220 | 204 | 424 | 9.676 | 25.352 | 35.028 | 97.315 | 43.493 | 140.808 | 9.356 | 18.324 | 27.680 |
| 2003 | 226 | 236 | 462 | 8.830 | 28.650 | 37.480 | 95.343 | 44.765 | 140.108 | 8.586 | 19.006 | 27.592 |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Fica bastante claro o aumento de todos estes índices, quer sejam para as IES públicas como para as privadas, porém, com diferentes níveis de crescimento. Para o número de cursos autorizados, as IES públicas tiveram uma participação maior até 2002, sendo que em 2003 e 2004 as IES privadas superaram as públicas em cursos de Ciências Biológicas no Brasil. Apesar do maior número de cursos nas IES públicas entre 1991 e 2002 em relação às IES privadas, o número de vagas sempre foi maior junto às IES privadas, ocorrendo ainda um aumento muito mais acentuado a partir de 1999, chegando em 2004 a oferecer três vezes mais vagas que as IES públicas. Apesar disso, o número de candidatos inscritos nas IES públicas para processos seletivos foi muito superior no período analisado, indicando ainda uma procura maior dos candidatos à carreira de Ciências Biológicas junto às IES públicas e gratuitas. Fica evidente ainda que o processo de seleção foi mais concorrido junto as IES públicas que contam com número menor de vagas, maior procura e em seguida uma admissão de ingressos menor em relação às IES privadas. A título de exemplo verifica-se que no de 2004 a relação média candidato/vaga nas IES públicas foi de 10,13 enquanto nas IES privadas foi de 1,42. Ainda, as IES privadas sempre apresentaram um maior número de ingressos nos cursos de Ciências Biológicas em uma razão de aproximadamente de dois alunos para um em relação às IES públicas. O número de ingressos ainda apresenta um dado importante, pois nas IES públicas a grande maioria das vagas oferecidas foram preenchidas (97,7%) Nas IES privadas, por sua vez, apenas 62,6% das vagas oferecidas foram preenchidas. O passo final no processo é a conclusão do curso, a qual novamente apresentou um aumento geral tanto para IES públicas quanto para privadas, com valores ligeiramente maiores na maior parte dos anos nas IES privadas. Entretanto, quando o número de concluintes é considerado em relação a vagas oferecidas e ingressantes, as IES públicas apresentam uma eficiência numérica maior em relação às IES privadas. Exemplificando, no ano de 2004, as IES públicas ofereceram 9.898 vagas, com 9.669 ingressos (97,7%) e 6.359 concluintes. No caso de 2004 para IES privadas, 32.567 vagas foram oferecidas, com 20.391 ingressos (62,6%) e 8.639 concluintes. Convém ressaltar que os concluintes, neste caso exemplificado, referem-se na verdade aos ingressos de anos anteriores, em geral de quatro anos antes, quando o curso foi iniciado. No caso do ano 2000 para IES públicas, de 7.757 vagas oferecidas, 7.459 (96,1%) foram preenchidas e 5.277 alunos (70,7%) concluíram o curso (considerando que este número represente cursos de quatro anos e só os alunos ingressantes em 2000 são concluintes em 2003). No caso das IES privadas, de 21.160 vagas oferecidas, 14.530 (68,7%) foram preenchidas e 7.110 alunos (48,9%) concluíram o curso (considerando que este número represente cursos de quatro anos e só os alunos ingressantes em 2000 são concluintes em 2003). No entanto, se o número de concluintes for comparado ao número de vagas oferecidas,

as IES públicas ainda mantêm valores elevados (no exemplo acima, 68,0%) e nas IES privadas estes valores são bem mais reduzidos (no exemplo acima, 33,6%), ou seja, das vagas oferecidas pelas IES, as públicas formam duas vezes mais alunos do que as privadas.

Gráfico 27. Distribuição dos cursos de Ciências Biológicas no Brasil, de acordo com as categorias administrativas

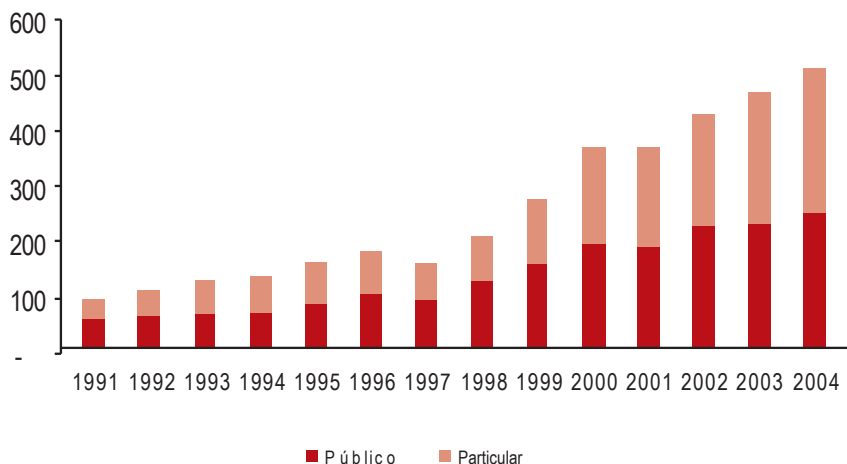


Gráfico 28. Distribuição das vagas oferecidas nos cursos de Ciências Biológicas, de acordo com as categorias administrativas

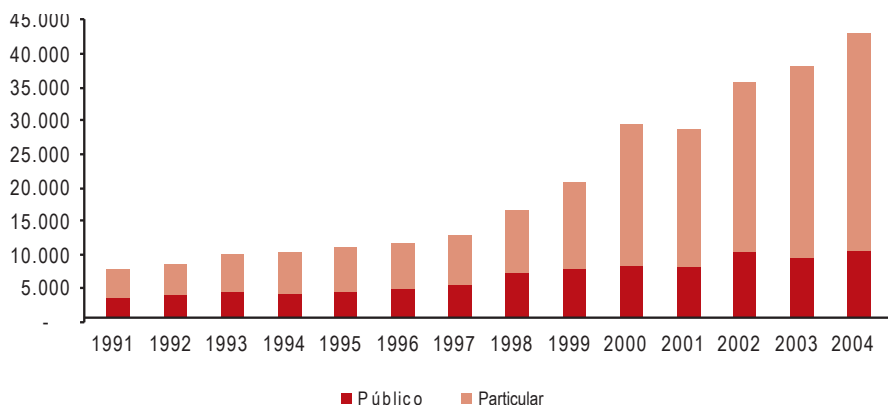


Gráfico 29. Distribuição dos candidatos inscritos nos cursos de Ciências Biológicas, de acordo com as categorias administrativas

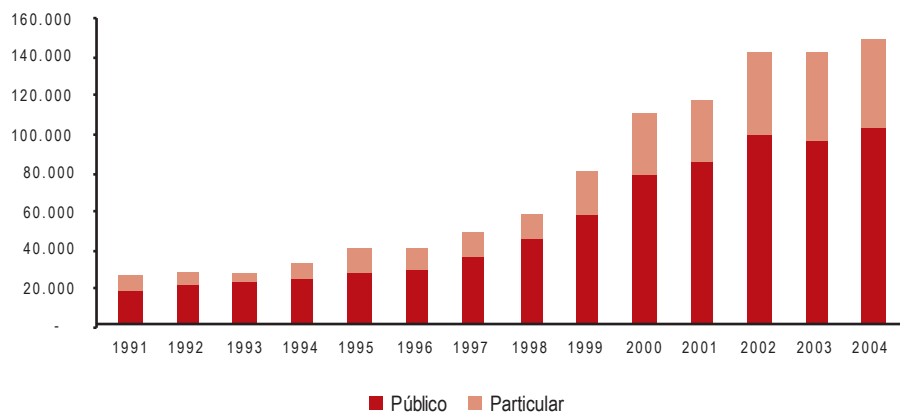


Gráfico 30. Distribuição dos ingressos por seleção nos cursos de Ciências Biológicas, de acordo com as categorias administrativas

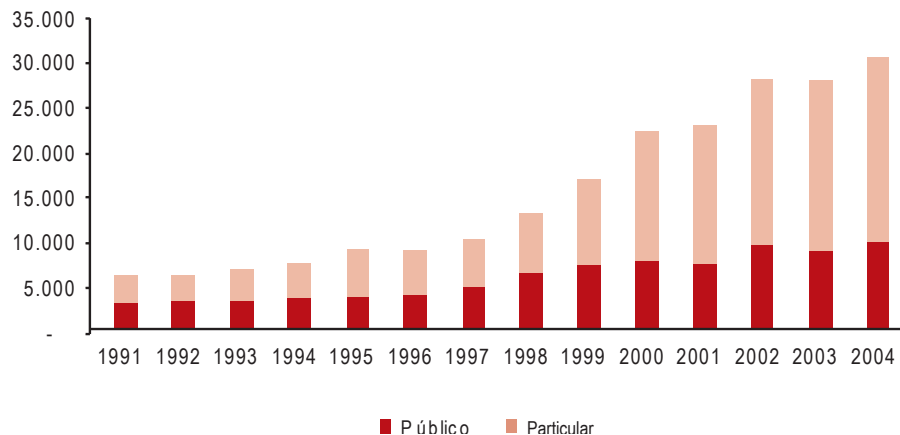
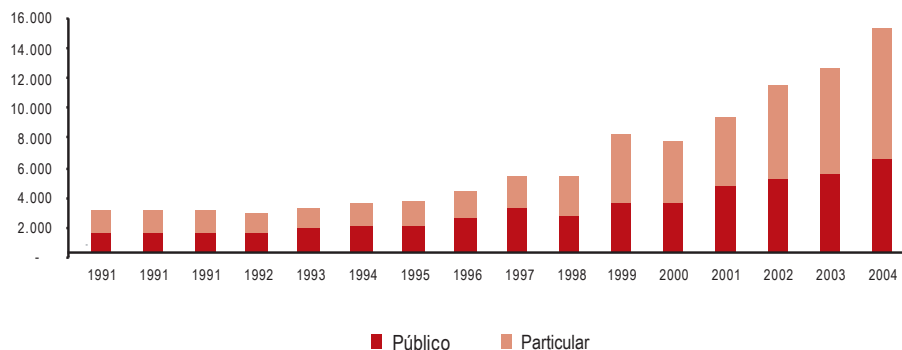


Gráfico 31. Distribuição dos concluintes nos cursos de Ciências Biológicas, de acordo com as categorias administrativas



Cursos de formação de professores de biologia

Os cursos de Ciências Biológicas tradicionalmente apresentaram desde sua criação as habilitações Bacharelado e Licenciatura. Entretanto, dados relativos a estas habilitações não foram disponibilizados, sendo apenas fornecidos dados relativos a cursos de formação de professores de Biologia a partir de 1999. Cabe ressaltar que tais cursos podem englobar as licenciaturas plenas de segundo grau (extintas pela LDB de 1996), as licenciaturas para formação de professor leigo (previstas a partir da LDB de 1996) e as licenciaturas regulares.

Considerando apenas o ano de 2004, último do período analisado neste estudo, 239 cursos ministravam currículos chamados convencionais (Licenciatura e Bacharelado), enquanto 268 eram responsáveis pela formação de professores de Biologia, com 151 cursos oferecidos pelas IES públicas. São Paulo, Minas Gerais e Piauí foram os Estados que mais tiveram cursos para este fim específico. Estes dados podem explicar, inclusive para este último Estado, o aumento significativo em todas as variáveis estudadas a partir de 2000. O número total de vagas ofertadas foi de 25.647 para os cursos convencionais e de 16.818 para os cursos de formação de professores, enquanto o número de candidatos inscritos foi de 100.868 contra 45.733 para os cursos convencionais e os de formação de professores, respectivamente. Já o número de ingressos neste ano foi de 17.808 nos cursos convencionais, enquanto nos cursos de formação de professores este número foi de 12.252. Finalmente, o

número de concluintes para os cursos convencionais de Ciências Biológicas em 2004 foi de 9.572, enquanto para o de formação de professores este número foi de 5.426. Estes dados podem ser observados nos Gráficos 32 a 37, nas quais também se atesta a importância em termos numéricos tanto das IES públicas quanto das privadas nos cursos de formação de professores de Biologia. Como já foi dito, isto demonstra a importância do biólogo em sua habilitação como professor no mercado de trabalho brasileiro. Entretanto, uma análise destes dados, quando contrapostos a dados de infraestrutura e desempenho nos Exames Nacionais e de outros índices, é de fundamental importância para a definição de políticas para o Ensino Superior no Brasil.

Gráfico 32. Proporção de cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores

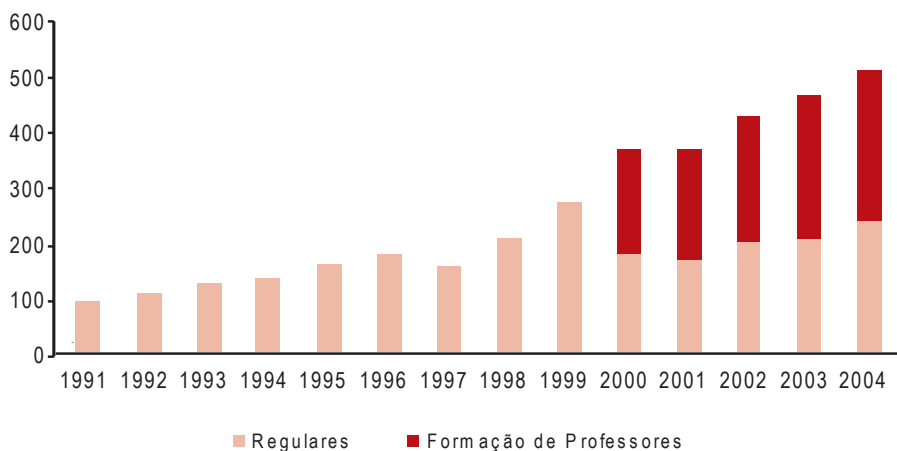


Gráfico 33. Proporção de vagas em cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores

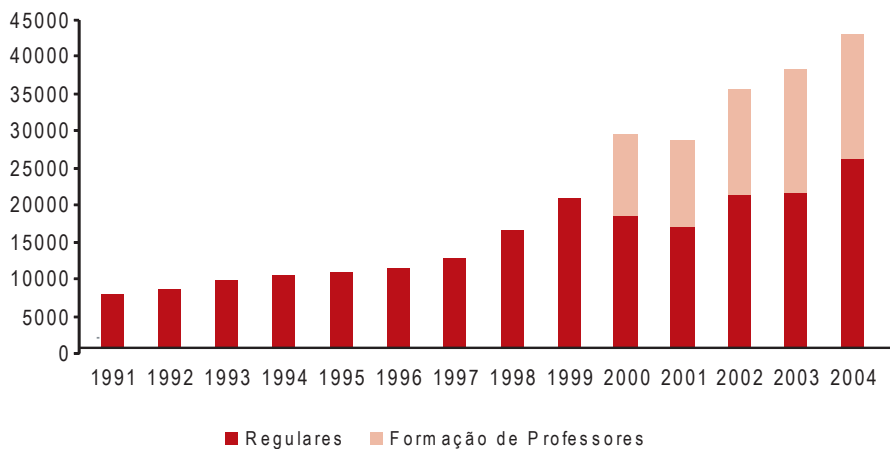


Gráfico 34. Proporção de candidatos inscritos em cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores

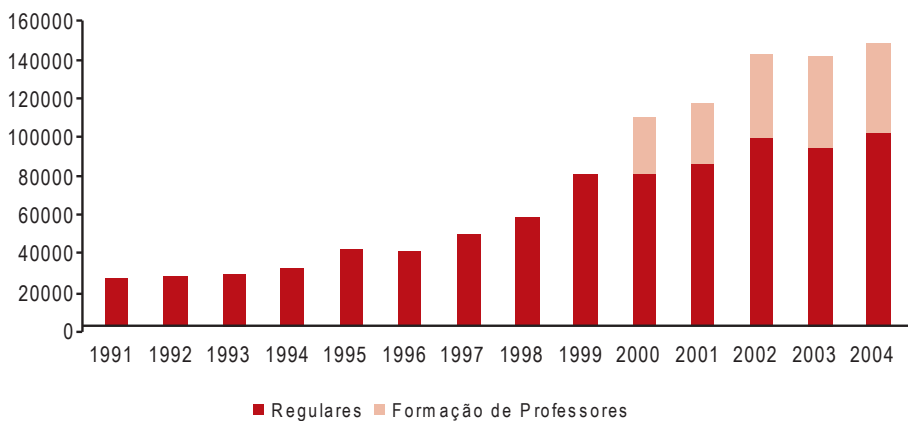


Gráfico 35. Proporção de ingressos, por vestibular ou outro processo seletivo, em cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores

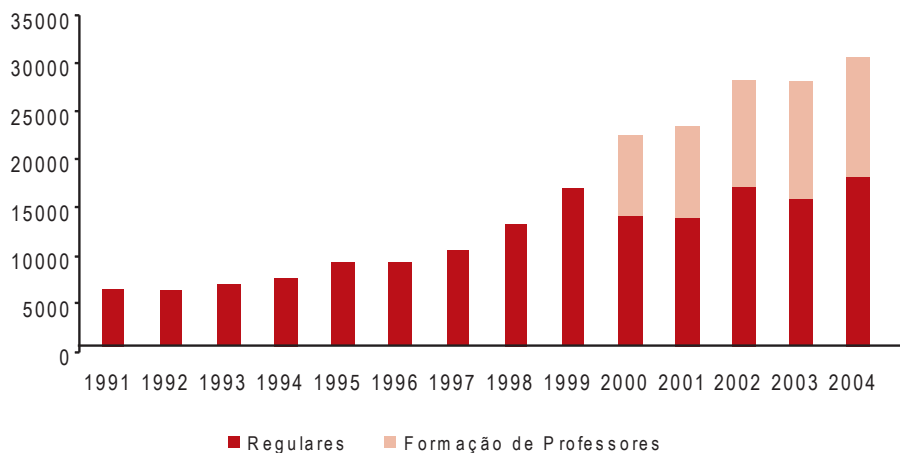


Gráfico 36. Proporção de matrículas em cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores

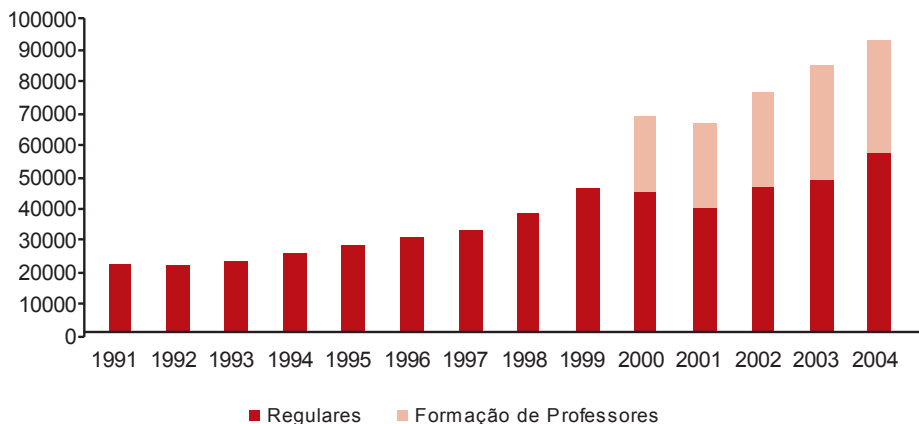
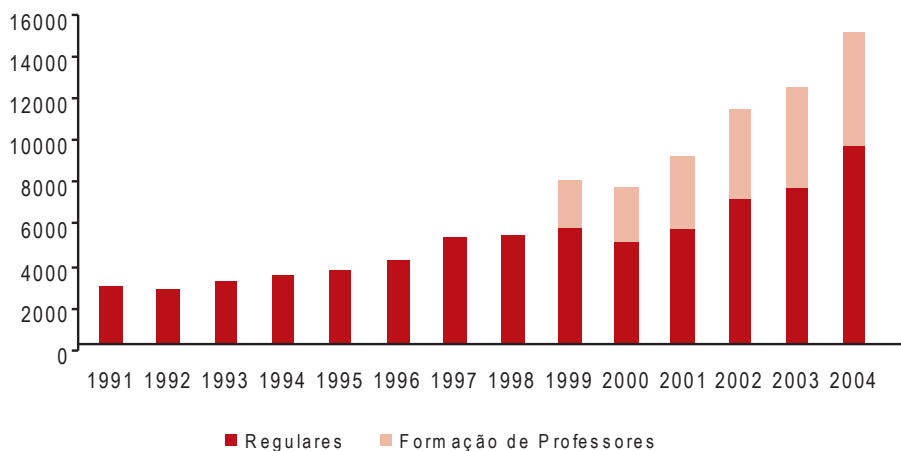


Gráfico 37. Proporção de concluintes em cursos regulares de formação de biólogos em relação aos cursos de formação de professores



Perspectivas para os cursos de Ciências Biológicas

Este panorama traçado de 1991 até 2004 sobre a trajetória do curso de Ciências Biológicas contém vários aspectos interessantes sobre o crescimento desta área e a participação relativa de IES públicas e privadas, além da participação relativa de cada região geográfica no contexto brasileiro. Entretanto, dados do ENADE, que deverão ser disponibilizados a partir do ano de 2005, e que não estavam computados à época das análises dos dados presentes nesta publicação, deverão dar mais nitidez ao perfil das Ciências Biológicas em seu aspecto profissional e de sua formação no contexto da Educação Superior no Brasil.

Referência bibliográfica

CONSELHO FEDERAL DE BIOLOGIA 2003. Dispõe sobre as atividades, áreas e subáreas do conhecimento do biólogo. Resolução nº 10, de 5 de julho. Publicação **Diário Oficial da União**. CFBio. www.cfbio.org.br.

CRBIO1, 2006. www.crbio1.org.br

CRBIO2, 2006. www.crbio2.org.br

CRBIO3, 2006. www.crbio3.org.br

CRBIO4, 2006. www.crbio4.org.br

CRBIO5, 2006. www.crbio5.com.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2006. www.ibge.org.br

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (Inep). **Censo da Educação Superior 1993 – 2004**. Brasília: Inep, 2005.

_____. **Cadastro das instituições de educação superior 1993 – 2005**. Brasília: Inep, 2005.

NOEMY, Y.T. De história natural a ciências biológicas. **Ciência e Cultura**, v.47, nº12, p. 1173-1177, 1990.

Dagmar Hunger

Doutora em Educação Física, docente da Universidade Estadual Paulista/Campus Bauru – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade Humana da UNESP/Rio Claro-SP.

Juarez Vieira do Nascimento

Doutor em Educação Física, docente da Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

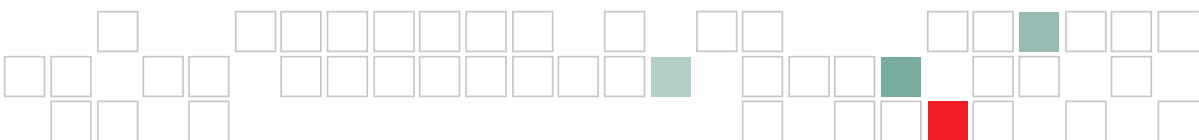
Mauro Virgílio Gomes de Barros

Doutor em Educação Física, docente da Universidade de Pernambuco – Programa de Pós-Graduação em Hebiatria.

Pedro Curi Hallal

Doutor em Epidemiologia, docente da Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

EDUCAÇÃO
EDUCAÇÃO FÍSICA



Introdução

Este capítulo tem o objetivo de descrever a trajetória e as tendências dos cursos presenciais de Educação Física no Brasil, no período de 1991 a 2004. Além de auxiliar na construção de conhecimentos referentes ao processo de formação inicial, procura-se fornecer subsídios para elaboração de planos estratégicos e políticas nacionais de formação de recursos humanos nesta área.

Na tentativa de apresentar um quadro inicial de referências da formação em Educação Física, estruturou-se o capítulo em quatro seções, contemplando dados significativos e importantes para auxiliar na compreensão do estado atual dos cursos de graduação em Educação Física.

Inicialmente, abordou-se a retrospectiva histórica da formação profissional em Educação Física, considerando os fatos e aspectos marcantes evidenciados no seu processo de constituição acadêmico-profissional, desde o século XX. Realizou-se uma breve revisão da literatura e da legislação pertinente, destacando-se as suas origens e tendências atuais.

Na seqüência, a partir de dados oriundos do Censo da Educação Superior, fornecidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep/MEC, analisou-se as tendências da oferta de cursos e as vagas disponíveis, considerando-se a distribuição geográfica nas regiões brasileiras, a categoria administrativa da instituição (pública e privada) e sua organização acadêmica (universidade, centro universitário e faculdade). Cabe destacar que a organização acadêmica faculdade congregou faculdades integradas, faculdades, escolas e instituições, conforme categorização adotada pelo Ministério da Educação – MEC.

A demanda dos cursos foi abordada na terceira seção, discutindo-se os dados referentes aos candidatos inscritos nos processos seletivos, ingressantes e concluintes. A análise concentrou-se, inicialmente, em cada um destes itens e, em seguida, nas relações destes com o número de vagas ofertadas.

A quarta seção tratou das características dos estudantes ingressantes e concluintes dos cursos de Educação Física participantes do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE 2004. Esta seção concentrou-se na caracterização sócio-demográfica, em variáveis caracterizadoras da vida acadêmica e em fatores relacionados à inclusão digital, estratificada, considerando a categoria administrativa da instituição.

E, finalmente, houve a preocupação de apresentar, ainda que de forma abreviada, uma síntese das principais tendências observadas e apontar algumas



perspectivas para a formação inicial em Educação Física com a intervenção na área de saúde.

Retrospectiva histórica da formação profissional em Educação Física: origens e atualidade

As primeiras instituições destinadas à formação de professores de Educação Física apresentavam-se fortemente vinculadas aos princípios regidos pelas forças armadas. Em 1909, o Brasil recebeu uma missão militar francesa, contratada para ministrar instrução militar à Força Policial do Estado de São Paulo. Esta iniciativa resultou na formação dos primeiros mestres de ginástica e mestres de esgrima. Posteriormente, em 1929, o Curso Provisório de Educação Física foi instalado no Centro Militar de Educação Física, constituindo-se na primeira iniciativa de integração entre o meio civil e militar. Este curso transformou-se mais tarde na Escola de Educação Física do Exército (Rio de Janeiro), de acordo com o Decreto nº 23.252, de 1933, que permitia a matrícula de civis na escola, para fins não-militares (Marinho, 1980). Destaca-se também a fundação da Escola de Preparação de Monitores mantida pela Liga dos Esportes da Marinha (1927) e, em 1936, a regulamentação da Escola de Educação Física da Força Pública de São Paulo (Azevedo e Malina, 2004).

O Decreto nº 4.855 de 1931 instituiu a Escola Superior de Educação Física e Desportos do Estado de São Paulo, criada pelo Governo do Estado de São Paulo, junto ao Departamento de Educação Física. Como primeiro programa civil em Educação Física, formava instrutores de ginástica e professores de Educação Física (Souza Neto et al, 2004).

A partir de 1930 entraram em funcionamento vários cursos de formação de professores de Educação Física, responsáveis pelas futuras Instituições de Ensino Superior (IES) de Educação Física no Brasil. Há registros de cursos nos Estados do Espírito Santo, Pará, Pernambuco e São Paulo, organizados de acordo com modelo dos cursos militares, que aplicavam o método francês para o ensino das atividades motoras (Azevedo e Malina, 2004).

A Escola Nacional de Educação Física e Desportos – ENEFD foi criada na antiga Universidade do Brasil, hoje, Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio do Decreto-Lei nº 1.212 de 1939, tendo por finalidade a formação de “pessoal técnico em Educação Física e Desportos”. Além disso, esse decreto estabeleceu o primeiro currículo mínimo para a formação profissional na área, enquanto que

a duração da formação de professores de Educação Física era de dois anos, os cursos para formação de instrutores de ginástica (professoras primárias), médico especializado em Educação Física e técnico em massagem e técnico desportivo tinham a duração de um ano (DaCosta, 1999; Nascimento, 2002; Souza Neto et al, 2004). Na ENEFD, os médicos eram responsáveis pelas disciplinas teóricas e atletas de destaque esportivo ministravam as disciplinas práticas (Azevedo e Malina, 2004).

O currículo mínimo foi alterado em 1945 com o Decreto-Lei nº 8.270, aumentando-se a duração do curso para três anos e incluindo-se o estudo do comportamento humano no rol das matérias obrigatórias. Até praticamente a metade da década de 1950, o curso de Educação Física era caracterizado como um curso de natureza técnica, onde o certificado de conclusão do secundário complementar (Ensino Médio) foi exigido aos ingressantes no curso superior de Educação Física somente a partir de 1955 (Souza Neto et al, 2004).

A Lei de Diretrizes e Bases – LDB de 1961 (Lei nº 4.024/61), além de estabelecer a obrigatoriedade da Educação Física nos cursos primários e médios, até a idade de 18 anos, proporcionou uma nova dinâmica na formação de professores e exigiu o percentual mínimo de 1/8 da carga horária do curso destinado à formação pedagógica, operacionalizada posteriormente pelos Pareceres nº 292/CFE/62 e nº 627/CFE/69, que orientavam os currículos mínimos dos cursos de licenciatura.

Com a inclusão das disciplinas de formação pedagógica, a área de Educação Física começou a priorizar a formação do futuro educador, sob influência da Pedagogia Nova, e não mais de um instrutor, explícito nos métodos ginásticos (alemão, sueco e francês). Nesse período também se verificou a abertura de novos cursos superiores de Educação Física e o avançar do culto ao esporte – rendimento e espetáculo.

A reforma universitária de 1968 (Lei nº 5.540/68) estabeleceu o modelo de universidade científica com programas de pós-graduação (Souza Neto et al, 2004), aproximando-se do modelo universitário norte-americano, com ênfase na privatização do ensino. Como conseqüência, verificou-se ampliação acelerada do número de faculdades no início da década de 1970, especialmente pela iniciativa privada. No Estado de São Paulo, no início da década de 1950, havia apenas um curso de Educação Física funcionando, sendo que no início da década de 1970 já eram 30 cursos existentes (Tojal, 1995).

A Resolução nº 69/CFE/69 passou a estabelecer apenas a oferta de cursos de Educação Física e Técnico de Desportos, com três anos de duração, tendo em vista que a formação paralela para professor de Educação Física e de Técnico Desportivo não estava atendendo de modo satisfatório, não conseguindo inclusive eliminar os leigos do mercado de trabalho (Souza Neto et al, 2004). As alterações processadas



no currículo mínimo diziam respeito ao estabelecimento de carga horária mínima de 1.800 horas, bem como na redução das matérias básicas de fundamentação científica (Parecer nº 894/CFE/69). A estrutura curricular manteve a ênfase nas disciplinas esportivas, porém foram incluídas as matérias pedagógicas de Didática, Estrutura e Funcionamento do Ensino, Psicologia da Educação e Prática de Ensino.

A consolidação da Educação Física no Ensino Superior brasileiro teve apoio decisivo a partir dos primeiros cursos de pós-graduação stricto sensu, implantados na Universidade de São Paulo (1977), Universidade Federal de Santa Maria (1979), Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980) e na Universidade Gama Filho (1984). Tais iniciativas para formação continuada contribuíram para o aumento progressivo da titulação dos docentes universitários da área, a qual se concentrava inicialmente na realização de cursos de pós-graduação no exterior ou em áreas afins no Brasil, especialmente no campo da Educação, Ciências Biológicas e Sociais. Além disso, auxiliaram no processo de construção de corpo próprio de conhecimentos, proporcionando sustentação teórica à formação e intervenção profissional em Educação Física.

Apesar das mudanças processadas para superação da formação técnica, com a adoção de orientação conceitual acadêmico-prática (Nascimento, 2002), emergiu na década de 1980 uma profunda crise de identidade entre intelectuais e acadêmicos dessa área, especialmente sobre o papel social, o status profissional, os pressupostos teóricos e o objeto de estudo da Educação Física. As investigações eram desenvolvidas de modo indireto por intermédio das Ciências Biológicas, Humanas e Exatas. Os dados oriundos das investigações científicas eram majoritariamente de natureza biológica, priorizando os conhecimentos acadêmicos de Fisiologia do Exercício, de Desenvolvimento Humano, de Aprendizagem e Controle Motor.

Em 1987, ao reconhecer a dinâmica da evolução desta área e a diferenciação da realidade regional do seu mercado de trabalho, o Conselho Federal de Educação emitiu a Resolução nº 03/CFE/87, que possibilitou a oferta de cursos de licenciatura (atuação no ambiente escolar) e/ou bacharelado (atuação no ambiente não-escolar) em Educação Física. Além de responsabilizar as próprias IES de assumirem a preocupação com a qualidade do curso, estimulando a mudança de atitudes dos profissionais e a minimização de distorções em nível institucional, esta resolução fixou os princípios para a organização dos cursos em termos de percentuais a serem observados na formação geral (80%) e no aprofundamento de conhecimentos (20%), sem estabelecer, no entanto, um elenco de matérias e disciplinas a serem seguidas nos cursos. A carga horária para os cursos de Licenciatura e/ou Bacharelado em Educação Física passou para 2.880 horas-aula, a serem integralizadas em, no mínimo, quatro anos.

O procedimento cômodo e superficial de montagem dos currículos plenos a partir do desmembramento das matérias básicas, profissionais, pedagógicas e complementares em disciplinas regulares (Resolução nº 069/CFE/69) foi substituído pela responsabilidade atribuída à IES de sistematizar discussões acerca da área, especialmente da possibilidade de oferta da licenciatura e/ou bacharelado. Assim, na elaboração dos projetos pedagógicos para a formação do profissional de Educação Física, os profissionais encontraram algumas dificuldades para superarem uma estrutura curricular burocrática e também para tomarem as decisões mais adequadas sobre o sistema de ensino e perfil profissional, que afetam tanto a forma quanto o conteúdo da proposta curricular (Nascimento, 2002).

No entanto, as dificuldades encontradas não foram suficientes para evitar a proliferação indiscriminada de cursos de licenciatura e bacharelado em diferentes regiões brasileiras. As IES, com o objetivo de atender aos interesses dos alunos e às peculiaridades regionais do mercado de trabalho, implementaram diversos modelos de preparação profissional, aumentando ainda mais as contradições e discrepâncias existentes na formação profissional da área.

A situação de homogeneidade do currículo mínimo (formação similar e certificados iguais) foi substituída pela heterogeneidade. Algumas instituições concentravam-se somente na oferta de curso de licenciatura (licenciatura ampliada), outras instituições ofereciam a licenciatura e o bacharelado como cursos distintos e, houve ainda, aquelas instituições nas quais o bacharelado e a licenciatura foram oferecidos como um único curso, porém com caráter de complementaridade. A análise da relação entre a lógica curricular (estrutura curricular dos projetos de formação) e a lógica da certificação (certificados ou diplomas fornecidos) demonstrava algumas discrepâncias de formação distinta e certificados similares ou de formação similar e certificados diferentes (Nascimento, 2002).

Os primeiros cursos de bacharelado em Educação Física surgiram a partir da segunda metade da década de 1980 na Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Viçosa e Universidade Estadual Paulista – Rio Claro.

A década final do século XX foi marcante para a área de Educação Física, em decorrência da promulgação da nova LDB (Lei nº 9.394/96), o reconhecimento como profissional da área de saúde (Resolução nº 218/CNS/1997), a regulamentação da profissão em Educação Física (Lei nº 9.696/1998) e, conseqüente criação do sistema CONFEF/CREF.

Em decorrência de inúmeros debates e discussões realizadas em diferentes esferas brasileiras, a nova LDB (Lei nº 9.394/96) alterou substancialmente os

sistemas de ensino, em especial o ensino universitário. Além de permitir diferentes possibilidades de organização acadêmica (universidade, centros universitários, faculdades integradas, faculdades, escolas e instituições) com a implantação de sistema nacional de avaliação da educação superior institucional, atendeu também à reivindicação de educadores e estudiosos de que os cursos de licenciatura se constituíssem, especificamente, em cursos para formação de professores da Educação Básica, para não mais serem confundidos como cursos profissionalizantes de uma área específica (bacharelado); contemplou ainda que a dimensão da prática profissional deveria permear todo o currículo, e não mais ser tratada de modo isolado somente ao final do curso.

Para atender às determinações da LDB de 1996, o CNE emitiu alguns pareceres e resoluções, estabelecendo também novas diretrizes curriculares para as diferentes áreas de conhecimento e concentrando as opções de titulação em bacharelado acadêmico, bacharelado profissionalizante e licenciatura (Parecer nº 09/CNE/2001).

O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução no 218/CNS/1997, reconheceu os profissionais de Educação Física como profissionais de saúde. Além de destacar a importância da ação interdisciplinar nas diversas profissões, como atitude imprescindível ao avanço da saúde integral para a população brasileira, esta resolução reconheceu a Educação Física como área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem entre seus objetivos de estudo, as perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.

Ao apontar para a quebra do antigo paradigma da formação do professor de Educação Física, dedicado somente às questões isoladas do esporte, da recreação e da aptidão física, perspectiva a formação de um profissional habilitado e capaz de intervir na promoção da saúde e prevenção de doenças em diferentes contextos e níveis de ensino. Na estrutura educacional, a Educação Física assume um novo papel, no qual os profissionais necessitam adotar uma postura pedagógica que permita alcançar metas e objetivos voltados à educação para a saúde, mediante a seleção, organização e desenvolvimento de conteúdos e de experiências que venham propiciar aos educandos a incorporação de estilos de vida mais ativos e saudáveis (Guedes, 2003 a,b; Nahas, 2003).

A regulamentação da profissão de Educação Física ocorreu em 1º de setembro de 1998, através da Lei no 9.696/98, a qual possibilitou a criação dos respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. De acordo com o Estatuto do Conselho Federal de Educação Física (Resolução nº 090/CONFED/2004), compete ao profissional de Educação Física "(...) coordenar, planejar, programar,



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

prescrever, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, orientar, ensinar, conduzir, treinar, administrar, implantar, implementar, ministrar, analisar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como, prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas, desportivas e similares” (art. 12).

No início do século XXI, há o reconhecimento de que os profissionais de Educação Física vêm assumindo uma diversidade de atribuições e funções, para além da docência na realidade escolar. O status profissional da Educação Física é garantido com a sua inserção, em 2002, na Classificação Brasileira de Ocupações.

A expansão dos campos de intervenção resulta no crescimento da complexidade de papéis desempenhados, na diversificação de demandas e responsabilidades sociais, assim como em tensões jurisdicionais com outras áreas (Soriano, 2003). Esta situação parece ter impulsionado o sistema CONFEF a delimitar os campos de intervenção profissional em Educação Física (Resolução nº 046/CONFEF/2002). Além da Docência na Educação Física, as especificidades da intervenção profissional compreendem o Treinamento Desportivo, a Preparação Física, a Avaliação Física, a Recreação em Atividade Física, a Orientação de Atividades Físicas e Gestão em Educação Física e Desporto. Da mesma forma, auxiliou na definição de novos parâmetros norteadores da formação inicial universitária, estabelecida pelas Resoluções nº 01 e 02/CNE/2002 (cursos de licenciatura) e Resolução nº 07/ CNE/2004 (curso de bacharelado).

As recentes e transformadoras exigências que delimitam o perfil profissional, nomeadamente de profissionais preparados para atuarem como agentes orientadores de atividades físicas relacionadas diretamente na promoção da saúde das populações, desafiam as IES na implementação de cursos distintos de bacharelado em Educação Física e de licenciatura em Educação Física. A preocupação principal está em assegurar a especificidade desses cursos de acordo com os respectivos contextos de atuação profissional.

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de formação de professores (licenciatura) da Educação Básica, em nível superior, foram instituídas através da Resolução nº 01/CNE/2002, de 18 de fevereiro de 2002. Posteriormente, a Resolução nº 02/ CNE/2002 estabeleceu a duração mínima de três anos e a carga horária mínima total de 2.800 horas para os cursos de licenciatura. Da carga horária mínima total de 2.800 horas, 1.800 horas são destinadas para os conteúdos curriculares de natureza científico-cultural; 400 horas de prática como componente curricular, desenvolvidas ao longo do curso; 400 horas de estágio curricular supervisionado

(a partir do início da segunda metade do curso) e 200 horas para outras formas de atividades acadêmico-científico-culturais.

No que diz respeito aos cursos de bacharelado em Educação Física, as novas diretrizes curriculares foram estabelecidas por meio da Resolução nº 07/CNE/2004, de 31 de março de 2004, tendo como base o Parecer nº 058/CNE/2004.

A Resolução nº 07/CNE/2004 caracteriza a Educação Física de acordo com três dimensões interdependentes, nomeadamente a dimensão da prática de atividades físicas, recreativas e esportivas; a dimensão do estudo e da formação acadêmico-profissional e a dimensão da intervenção acadêmico-profissional. Para tanto, determina que o graduado em Educação Física deverá estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano, visando à formação, a ampliação e o enriquecimento cultural das pessoas, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.

A organização curricular dos cursos de bacharelado em Educação Física se configura conforme duas unidades de conhecimento: formação específica e formação ampliada. Enquanto que a formação específica trata dos conhecimentos identificadores da Educação Física, objetivando integrar as dimensões culturais, didático-pedagógicas e técnico-instrumentais das manifestações e expressões do movimento humano, a formação ampliada abrange o estudo da relação do ser humano, em todos os ciclos vitais, com a sociedade, a natureza, a cultura e o trabalho. Esta deverá também possibilitar formação cultural abrangente para a atuação profissional, considerando os contextos histórico-sociais específicos, promovendo diálogo entre as áreas de conhecimento científico afins e a especificidade da área.

Na atualidade, a Educação Física está inserida na área da saúde, com cursos de graduação e pós-graduação consolidados. Enquanto os cursos de graduação estão preocupados em ter uma organização curricular integrada, priorizando o desenvolvimento qualitativo das atividades de ensino, pesquisa e extensão, os cursos de pós-graduação buscam a definição do corpo de conhecimentos para assegurar a autonomia científica. Com a progressiva articulação dos conhecimentos científicos no cotidiano do profissional, constata-se importantes mudanças de atitudes e hábitos profissionais, que vêm garantindo efetivo status científico e profissional da Educação Física.

Tendências da oferta de cursos e as vagas disponíveis

A Tabela 1 mostra o número de cursos presenciais em Educação Física no Brasil, conforme região geográfica e unidade da federação. Em 1991, existiam 117 cursos no País, enquanto que em 2004 esse número era de 469, o que representa um aumento de aproximadamente 301%. Enquanto os Estados do Piauí e Mato Grosso apresentaram maior variação no número de cursos ofertados (1.450% e 900%, respectivamente), os Estados da Paraíba e Acre mantiveram o mesmo número de cursos ofertados no ano de 1991. Apesar deste aumento significativo, há ainda Estados da federação que não possuem curso nesta área (Amapá) ou limitam-se a oferta de apenas um curso (Acre e Roraima).



Tabela 1. Número de cursos presenciais de graduação em Educação Física, por região geográfica e unidade da federação

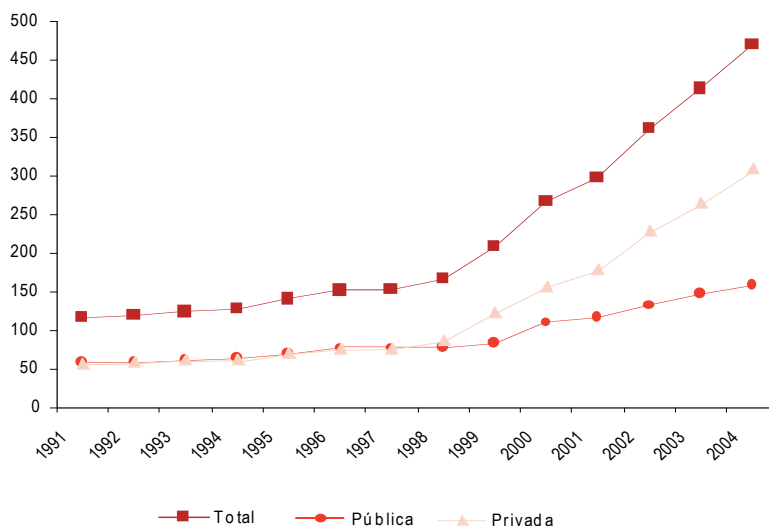
| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | | Δ % 2004/1991 | |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------------|------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | | 2004 |
| Norte | 4 | 4 | 5 | 5 | 7 | 9 | 11 | 11 | 11 | 19 | 18 | 18 | 23 | 26 | 550 |
| Rondônia | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 7 | 8 | 700 |
| Acre | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Amazonas | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 7 | 7 | 8 | 8 | 700 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Pará | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 8 | 6 | 5 | 5 | 5 | 400 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | - |
| Nordeste | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 22 | 22 | 29 | 42 | 52 | 62 | 74 | 83 | 388 |
| Maranhão | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 200 |
| Piauí | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 16 | 24 | 29 | 31 | 31 | 1450 |
| Ceará | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 350 |
| Rio Grande do Norte | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 7 | 8 | 300 |
| Paraíba | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| Pernambuco | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 150 |
| Alagoas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 200 |
| Sergipe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 600 |
| Bahia | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 9 | 10 | 14 | 367 |
| Sudeste | 57 | 59 | 60 | 62 | 69 | 74 | 72 | 79 | 103 | 120 | 131 | 168 | 198 | 225 | 295 |
| Minas Gerais | 8 | 9 | 8 | 8 | 9 | 10 | 10 | 12 | 15 | 18 | 22 | 36 | 48 | 61 | 663 |
| Espírito Santo | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 7 | 7 | 9 | 9 | 350 |
| Rio de Janeiro | 11 | 11 | 11 | 11 | 13 | 13 | 14 | 14 | 18 | 21 | 25 | 32 | 34 | 35 | 218 |
| São Paulo | 36 | 37 | 39 | 41 | 45 | 49 | 46 | 51 | 67 | 76 | 77 | 93 | 107 | 120 | 233 |
| Sul | 31 | 31 | 31 | 31 | 33 | 38 | 36 | 42 | 53 | 65 | 74 | 84 | 88 | 99 | 219 |
| Paraná | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 14 | 18 | 26 | 30 | 34 | 36 | 37 | 270 |
| Santa Catarina | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 8 | 8 | 9 | 13 | 16 | 16 | 18 | 20 | 25 | 317 |
| Rio Grande do Sul | 15 | 15 | 15 | 15 | 17 | 19 | 17 | 19 | 22 | 26 | 28 | 32 | 32 | 37 | 147 |
| Centro-Oeste | 8 | 8 | 9 | 11 | 12 | 11 | 12 | 12 | 13 | 21 | 22 | 29 | 29 | 36 | 350 |
| Mato Grosso do Sul | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 250 |
| Mato Grosso | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 4 | 10 | 900 |
| Goiás | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 8 | 9 | 13 | 14 | 14 | 367 |
| Distrito Federal | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 150 |
| Total | 117 | 119 | 123 | 128 | 140 | 152 | 153 | 166 | 209 | 267 | 297 | 361 | 412 | 469 | 301 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A distribuição da oferta de cursos é desigual nas regiões geográficas, sendo que em 2004, 5,5% dos cursos presenciais em Educação Física no Brasil se localizam na Região Norte, 17,7% no Nordeste, 48,0% no Sudeste, 21,1% no Sul e 7,7% no Centro-Oeste. Além disso, esta desigualdade também é observada entre os Estados de uma mesma região. Verificou-se, por exemplo, desde o ano de 1991, uma maior concentração de cursos no Estado de São Paulo, em comparação aos demais Estados da Região Sudeste.

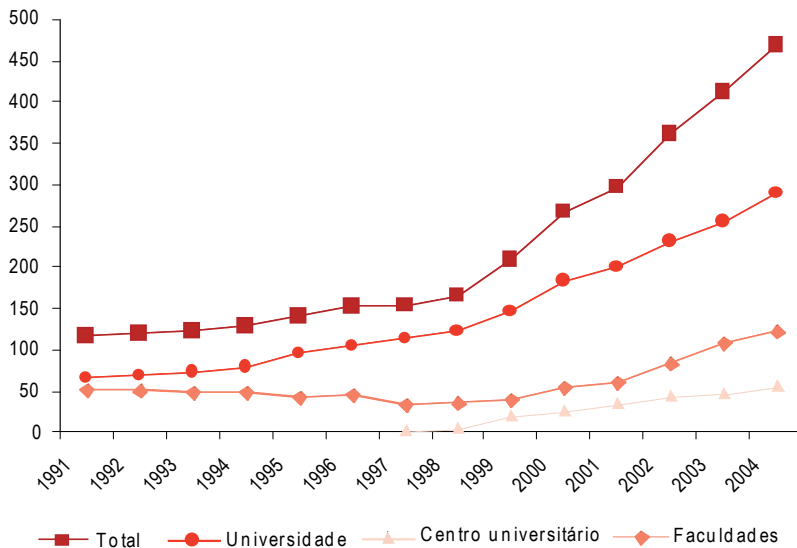
A tendência de oferta de cursos em instituições públicas e privadas (Gráfico 1) foi similar entre os anos de 1991 e 1998. No entanto, a partir de 1999, o número de cursos em instituições privadas apresentou elevado crescimento, não sendo acompanhado pelas instituições públicas. Em 1991, existiam 59 cursos de Educação Física em instituições públicas e 58 cursos em instituições privadas no Brasil (razão privado/público de 0,98), enquanto em 2004, os respectivos números eram de 158 e 311 (razão privado/público de 1,97).

Gráfico 1. Tendências da oferta de cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição



Ao considerar a organização acadêmica das instituições (Gráfico 2), os dados revelam que, no período de 1991 – 2004, o percentual de cursos ofertados pelas universidades foi sempre superior ao oferecido por centros universitários e faculdades. O número de cursos ofertados por faculdades apresentou um declínio entre 1991 e 1998 e, desde então, apresenta crescimento gradativo. Os centros universitários foram instituídos em 1997 e, desde então, o número de cursos de Educação Física, ofertados por estas instituições vem apresentando tendências de crescimento. Apesar das universidades concentrarem a maior oferta de cursos de Educação Física no Brasil, verifica-se que o aumento da oferta de cursos ocorre independentemente da organização acadêmica da instituição.

Gráfico 2. Tendências da oferta de cursos de Educação Física, por categorias de organização acadêmica da instituição





A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

No que diz respeito ao número total de vagas oferecidas nos cursos (Tabela 2), constata-se o aumento de 13.409 vagas em 1991 para 69.603 vagas em 2004, o que representa uma variação percentual de 419%. Os Estados de Rondônia, Espírito Santo, Amazonas, Pernambuco, Minas Gerais e Mato Grosso apresentaram maior variação no número de vagas oferecidas (2.100%, 1.686%, 1.373%, 1.175%, 1.148% e 1.033%, respectivamente). As menores variações ocorreram nos Estados do Pará, Paraíba e Maranhão (40%, 17% e 3%, respectivamente).

Tabela 2. Número de vagas oferecidas nos cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica e unidade da federação

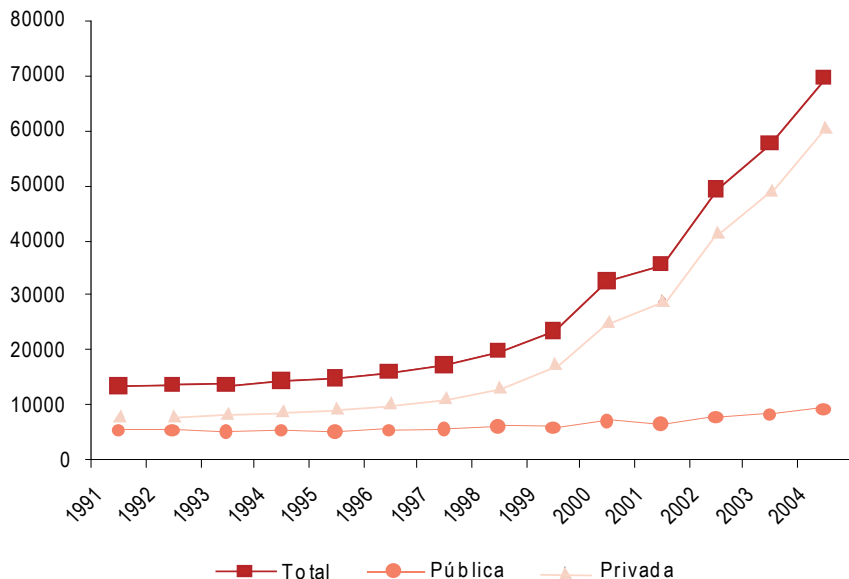
| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | | | Δ % 2004/1991 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | |
| Norte | 290 | 290 | 300 | 290 | 350 | 300 | 470 | 470 | 510 | 869 | 973 | 1192 | 1824 | 2453 | 746 |
| Rorônia | 40 | 40 | 40 | 40 | 80 | 80 | 40 | 40 | 40 | 95 | 40 | 310 | 790 | 880 | 2100 |
| Acre | 40 | 40 | 40 | 40 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 80 | 80 | 80 | 80 | 100 |
| Amazonas | 60 | 60 | 100 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 260 | 270 | 408 | 432 | 544 | 884 | 1373 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 149 | - |
| Pará | 150 | 150 | 120 | 150 | 150 | 100 | 310 | 310 | 150 | 294 | 293 | 170 | 210 | 210 | 40 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 150 | 152 | 200 | 200 | 250 | - |
| Nordeste | 1.251 | 1.281 | 1.253 | 1.291 | 1.391 | 1.280 | 1.566 | 1.617 | 1.794 | 2.464 | 2.394 | 3.528 | 4.668 | 5.379 | 330 |
| Maranhão | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 72 | 172 | 72 | 3 |
| Piauí | 110 | 110 | 110 | 110 | 170 | 114 | 120 | 185 | 214 | 679 | 410 | 484 | 480 | 326 | 196 |
| Ceará | 125 | 125 | 155 | 155 | 155 | 160 | 165 | 180 | 150 | 390 | 420 | 630 | 785 | 1360 | 988 |
| Rio Grande do Norte | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 80 | 80 | 80 | 100 | 100 | 149 | 301 | 220 | 214 |
| Paraíba | 266 | 266 | 266 | 206 | 226 | 186 | 226 | 190 | 240 | 260 | 300 | 310 | 310 | 310 | 17 |
| Pernambuco | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 230 | 230 | 205 | 260 | 220 | 235 | 220 | 400 | 691 | 214 |
| Alagoas | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 30 | 40 | 40 | 70 | 70 | 170 | 290 | 510 | 510 | 1175 |
| Sergipe | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 120 | 120 | 120 | 170 | 180 | 180 | 380 | 180 | 430 | 438 |
| Bahia | 270 | 300 | 242 | 340 | 360 | 300 | 515 | 547 | 540 | 495 | 509 | 993 | 1530 | 1460 | 441 |
| Sudeste | 7.955 | 8.408 | 8.373 | 8.695 | 9.326 | 1.0033 | 1.0913 | 1.2360 | 1.4846 | 1.9333 | 2.1256 | 2.9462 | 3.5092 | 4.3638 | 449 |
| Minas Gerais | 660 | 720 | 720 | 720 | 670 | 770 | 740 | 1005 | 1145 | 1527 | 2307 | 4014 | 5284 | 8238 | 1148 |
| Espírito Santo | 70 | 110 | 110 | 110 | 120 | 100 | 120 | 120 | 280 | 490 | 808 | 870 | 1210 | 1250 | 1686 |
| Rio de Janeiro | 1650 | 1703 | 1628 | 1754 | 1721 | 1825 | 2541 | 2581 | 3306 | 4981 | 5803 | 8768 | 9883 | 10657 | 546 |
| São Paulo | 5575 | 5875 | 5915 | 6111 | 6815 | 7338 | 7512 | 8654 | 10115 | 12335 | 12338 | 15810 | 18715 | 23493 | 321 |
| Sul | 3.245 | 2.990 | 3.055 | 3.105 | 3.008 | 3.315 | 3.425 | 4.061 | 5.048 | 7.950 | 8.805 | 1.1768 | 1.2390 | 1.3844 | 327 |
| Paraná | 1190 | 1020 | 1110 | 1130 | 990 | 1045 | 1055 | 1329 | 1901 | 3279 | 3761 | 4502 | 4515 | 4705 | 295 |
| Santa Catarina | 540 | 540 | 500 | 500 | 450 | 540 | 590 | 623 | 838 | 961 | 1100 | 1444 | 1704 | 2235 | 314 |
| Rio Grande do Sul | 1515 | 1430 | 1445 | 1475 | 1568 | 1730 | 1780 | 2109 | 2309 | 3710 | 3944 | 5822 | 6171 | 6904 | 356 |
| Centro-Oeste | 668 | 668 | 728 | 848 | 763 | 1.028 | 898 | 1.203 | 1.245 | 1.945 | 2.235 | 3.156 | 3.651 | 4.289 | 542 |
| Mato Grosso do Sul | 148 | 148 | 148 | 228 | 228 | 228 | 333 | 353 | 390 | 480 | 630 | 883 | 857 | 824 | 457 |
| Mato Grosso | 60 | 60 | 60 | 60 | 95 | 60 | 60 | 60 | 80 | 190 | 80 | 280 | 280 | 680 | 1033 |
| Goiás | 180 | 180 | 180 | 220 | 220 | 220 | 170 | 220 | 420 | 720 | 770 | 1100 | 1521 | 1694 | 841 |
| Distrito Federal | 280 | 280 | 340 | 340 | 220 | 520 | 335 | 570 | 355 | 555 | 755 | 893 | 993 | 1091 | 290 |
| Total | 13409 | 13637 | 13709 | 14229 | 14838 | 15956 | 17272 | 19711 | 23443 | 32561 | 35663 | 49106 | 57625 | 69603 | 419 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Similarmente ao observado na distribuição geográfica da oferta de cursos, verificou-se que a Região Sudeste concentra o maior número de vagas e a Região Norte o menor. São Paulo é o Estado que oferece maior número de vagas (23.493 por ano). Do total de 69.603 vagas oferecidas em 2004, 3,5% foram na Região Norte, 7,7% no Nordeste, 62,7% no Sudeste, 19,9% no Sul e 6,2% no Centro-Oeste.

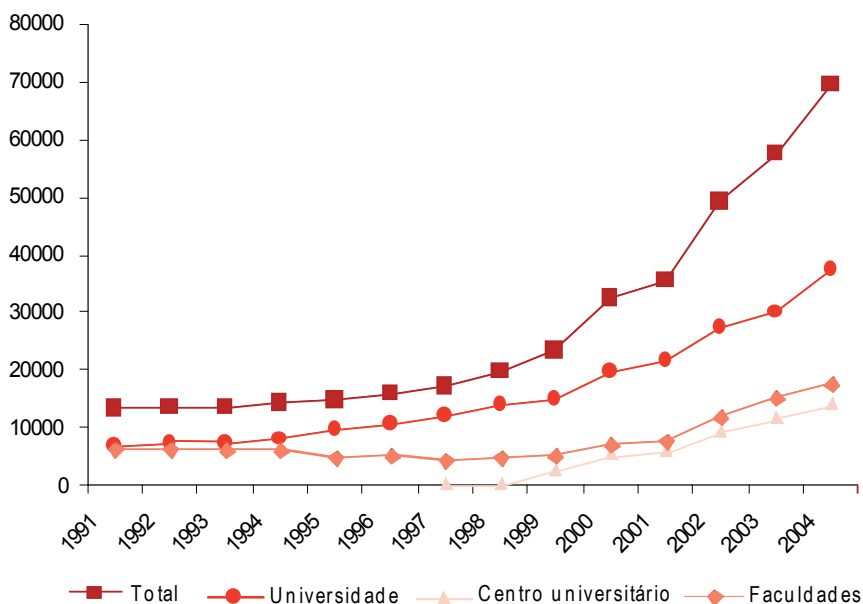
Com relação à oferta anual de vagas (Gráfico 3), conforme categoria administrativa das instituições, nota-se que se manteve praticamente estável nas instituições públicas entre 1991 e 2004, enquanto um aumento expressivo foi observado nas instituições privadas. Em 1991, havia 8.230 vagas em instituições privadas e 5.179 em instituições públicas (razão privada/pública de 1,59). Em 2004, as vagas oferecidas foram, respectivamente, de 60.579 e 9.024 (razão privada/pública de 6,71).

Gráfico 3. Tendências do número de vagas nos cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição



Observa-se no Gráfico 4 que, até 1994, o número de vagas ofertadas era similar em universidades e faculdades, mas, desde então, as vagas em universidades, cresceram mais marcadamente do que nos demais tipos de organização acadêmica. Nota-se que as vagas em faculdades apresentaram uma tendência de queda entre 1991 e 1999 e voltaram a crescer desde então. O número de vagas em centros universitários apresentou crescimento gradativo desde 1997 (ano em que os mesmos foram instituídos).

Gráfico 4. Tendências do número de vagas nos cursos presenciais em Educação Física, por categorias de organização acadêmica da instituição





A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Ao relacionar o número de vagas com a oferta de cursos de graduação (Tabela 3), verificou-se no País um aumento de 114,6 em 1991 para 148,4 em 2004 no número médio de vagas por cursos, ou seja, uma variação de 519,1%. Esta tendência foi observada em todas as regiões geográficas, exceto no Nordeste, onde o número médio de vagas por cursos diminuiu de 73,6 em 1991 para 64,8 em 2004.

Tabela 3. Número de vagas, número de cursos e relação entre a oferta de vagas e o número de cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica

| Região/ Unidades da Federação | ANO | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | |
| Norte | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 290 | 290 | 300 | 290 | 350 | 300 | 470 | 470 | 510 | 869 | 973 | 1.192 | 1.824 | 2.453 | |
| Cursos | 4 | 4 | 5 | 5 | 7 | 9 | 11 | 11 | 11 | 19 | 18 | 18 | 23 | 26 | |
| Vagas/ Cursos | 72,5 | 72,5 | 60,0 | 58,0 | 50,0 | 33,3 | 42,7 | 42,7 | 46,4 | 45,7 | 54,1 | 66,2 | 79,3 | 94,3 | |
| Nordeste | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 1.251 | 1.281 | 1.253 | 1.291 | 1.391 | 1.280 | 1.566 | 1.617 | 1.794 | 2.464 | 2.394 | 3.528 | 4.668 | 5.379 | |
| Cursos | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 22 | 22 | 29 | 42 | 52 | 62 | 74 | 83 | |
| Vagas/ Cursos | 73,6 | 75,4 | 69,6 | 67,9 | 73,2 | 64,0 | 71,2 | 73,5 | 61,9 | 58,7 | 46,0 | 56,9 | 63,1 | 64,8 | |
| Sudeste | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 7.955 | 8.408 | 8.373 | 8.695 | 9.326 | 10.033 | 10.913 | 12.360 | 14.846 | 19.333 | 21.256 | 29.462 | 35.092 | 43.638 | |
| Cursos | 57 | 59 | 60 | 62 | 69 | 74 | 72 | 79 | 103 | 120 | 131 | 168 | 198 | 225 | |
| Vagas/ Cursos | 139,6 | 142,5 | 139,6 | 140,2 | 135,2 | 135,6 | 151,6 | 156,5 | 144,1 | 161,1 | 162,3 | 175,4 | 177,2 | 193,9 | |
| Sul | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 3.245 | 2.990 | 3.055 | 3.105 | 3.008 | 3.315 | 3.425 | 4.061 | 5.048 | 7.950 | 8.805 | 11.768 | 12.390 | 13.844 | |
| Cursos | 31 | 31 | 31 | 31 | 33 | 38 | 36 | 42 | 53 | 65 | 74 | 84 | 88 | 99 | |
| Vagas/ Cursos | 104,7 | 96,5 | 98,5 | 100,2 | 91,2 | 87,2 | 95,1 | 96,7 | 95,2 | 122,3 | 119,0 | 140,1 | 140,8 | 139,8 | |
| Centro- Oeste | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 668 | 668 | 728 | 848 | 763 | 1.028 | 898 | 1.203 | 1.245 | 1.945 | 2.235 | 3.156 | 3.651 | 4.289 | |
| Cursos | 8 | 8 | 9 | 11 | 12 | 11 | 12 | 12 | 13 | 21 | 22 | 29 | 29 | 36 | |
| Vagas/ Cursos | 83,5 | 83,5 | 80,9 | 77,1 | 63,6 | 93,5 | 74,8 | 100,3 | 95,8 | 92,6 | 101,6 | 108,8 | 125,9 | 119,1 | |
| Brasil | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vagas | 13.409 | 13.637 | 13.709 | 14.229 | 14.838 | 15.956 | 17.272 | 19.711 | 23.443 | 32.561 | 35.663 | 49.106 | 57.625 | 69.603 | |
| Cursos | 117 | 119 | 123 | 128 | 140 | 152 | 153 | 166 | 209 | 267 | 297 | 361 | 412 | 469 | |
| Vagas/ Cursos | 114,6 | 114,6 | 111,5 | 111,2 | 106,0 | 105,0 | 112,9 | 118,7 | 112,2 | 122,0 | 120,1 | 136,0 | 139,9 | 148,4 | |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Verifica-se que o número de vagas por curso foi sempre superior nas instituições privadas em comparação às públicas (Tabela 4). Em 1991, as instituições privadas ofereciam, em média, 141,9 vagas por curso, enquanto as públicas ofereciam, em média, 87,8 vagas por curso. Em 2004, os números foram 194,8 nas instituições privadas e 57,1 nas públicas: ao mesmo tempo em que se observa um decréscimo entre as instituições públicas, verifica-se, também, um aumento nas instituições privadas.

Tabela 4. Relação entre a oferta de vagas e o número de cursos presenciais em Educação Física por categoria administrativa da instituição

| Ano | Pública | | | Privada | | | Total | | |
|------|---------|--------|------------------|---------|--------|------------------|--------|--------|------------------|
| | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos |
| 1991 | 5.179 | 59 | 87,8 | 8.230 | 58 | 141,9 | 13.409 | 117 | 114,6 |
| 1992 | 5.219 | 59 | 88,5 | 8.418 | 60 | 140,3 | 13.637 | 119 | 114,6 |
| 1993 | 5.128 | 61 | 84,1 | 8.581 | 62 | 138,4 | 13.709 | 123 | 111,5 |
| 1994 | 5.225 | 64 | 81,6 | 9.004 | 64 | 140,7 | 14.229 | 128 | 111,2 |
| 1995 | 5.064 | 69 | 73,4 | 9.774 | 71 | 137,7 | 14.838 | 140 | 106,0 |
| 1996 | 5.330 | 76 | 70,1 | 10.626 | 76 | 139,8 | 15.956 | 152 | 105,0 |
| 1997 | 5.584 | 76 | 73,5 | 11.688 | 77 | 151,8 | 17.272 | 153 | 112,9 |
| 1998 | 6.019 | 78 | 77,2 | 13.692 | 88 | 155,6 | 19.711 | 166 | 118,7 |
| 1999 | 5.759 | 84 | 68,6 | 17.684 | 125 | 141,5 | 23.443 | 209 | 112,2 |
| 2000 | 6.983 | 110 | 63,5 | 25.578 | 157 | 162,9 | 32.561 | 267 | 122,0 |
| 2001 | 6.523 | 116 | 56,2 | 29.140 | 181 | 161,0 | 35.663 | 297 | 120,1 |
| 2002 | 7.626 | 132 | 57,8 | 41.480 | 229 | 181,1 | 49.106 | 361 | 136,0 |
| 2003 | 8.114 | 147 | 55,2 | 49.511 | 265 | 186,8 | 57.625 | 412 | 139,9 |
| 2004 | 9.024 | 158 | 57,1 | 60.579 | 311 | 194,8 | 69.603 | 469 | 148,4 |

Tabela 5. Relação entre a oferta de vagas e o número de cursos presenciais em Educação Física por organização acadêmica da instituição

| Ano | Universidades | | | Centros Universitários | | | Faculdades | | | Total | | |
|------|---------------|--------|------------------|------------------------|--------|------------------|------------|--------|------------------|--------|--------|------------------|
| | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/ Cursos |
| 1991 | 6.849 | 65 | 105,4 | | | | 6.560 | 52 | 126,2 | 13.409 | 117 | 114,6 |
| 1992 | 7.294 | 68 | 107,3 | | | | 6.343 | 51 | 124,4 | 13.637 | 119 | 114,6 |
| 1993 | 7.487 | 73 | 102,6 | | | | 6.222 | 50 | 124,4 | 13.709 | 123 | 111,5 |
| 1994 | 8.098 | 79 | 102,5 | | | | 6.131 | 49 | 125,1 | 14.229 | 128 | 111,2 |
| 1995 | 9.768 | 96 | 101,8 | | | | 5.070 | 44 | 115,2 | 14.838 | 140 | 106,0 |
| 1996 | 10.800 | 105 | 102,9 | | | | 5.156 | 47 | 109,7 | 15.956 | 152 | 105,0 |
| 1997 | 12.260 | 114 | 107,5 | 375 | 4 | 93,8 | 4.637 | 35 | 132,5 | 17.272 | 153 | 112,9 |
| 1998 | 14.093 | 123 | 114,6 | 560 | 7 | 80,0 | 5.058 | 36 | 140,5 | 19.711 | 166 | 118,7 |
| 1999 | 14.963 | 147 | 101,8 | 3.123 | 22 | 142,0 | 5.357 | 40 | 133,9 | 23.443 | 209 | 112,2 |
| 2000 | 19.724 | 183 | 107,8 | 5.621 | 29 | 193,8 | 7.216 | 55 | 131,2 | 32.561 | 267 | 122,0 |
| 2001 | 21.616 | 200 | 108,1 | 6.267 | 36 | 174,1 | 7.780 | 61 | 127,5 | 35.663 | 297 | 120,1 |
| 2002 | 27.389 | 231 | 118,6 | 9.879 | 46 | 214,8 | 11.838 | 84 | 140,9 | 49.106 | 361 | 136,0 |
| 2003 | 30.003 | 255 | 117,7 | 12.231 | 48 | 254,8 | 15.391 | 109 | 141,2 | 57.625 | 412 | 139,9 |
| 2004 | 37.435 | 289 | 129,5 | 14.492 | 57 | 254,2 | 17.676 | 123 | 143,7 | 69.603 | 469 | 148,4 |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A análise dos dados, sem levar em consideração variações na densidade demográfica das regiões e unidades da federação, poderia levar a uma interpretação distorcida da realidade. Assim, efetuou-se ajustamento do número de cursos e de vagas nas regiões geográficas e unidades da federação para cada 1 milhão de habitantes.

De acordo com a Tabela 6, verificou-se que o número de cursos por milhão de habitantes cresceu de 0,78 em 1991 para 2,62 em 2004. Esse crescimento foi similar em todas as regiões do Brasil. Em 2004, há diferenças entre as regiões e unidades da federação. A Região Sul foi a que apresentou maior número de cursos por milhão de habitantes, enquanto o Nordeste apresentou o menor valor. Entre as unidades da federação, o Piauí apresenta o maior número de cursos por milhão de habitantes (10,51) e o Maranhão apresenta o menor número (0,50).

Tabela 6. Número de cursos presenciais em Educação Física por 1.000.000 de habitantes, por regiões geográficas

| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | 0,38 | 0,37 | 0,45 | 0,44 | 0,61 | 0,76 | 0,91 | 0,89 | 0,87 | 1,47 | 1,36 | 1,33 | 1,67 | 1,85 |
| Rorondônia | 0,83 | 0,83 | 0,82 | 0,81 | 1,58 | 1,55 | 1,52 | 1,50 | 1,47 | 2,17 | 1,42 | 2,10 | 4,81 | 5,41 |
| Acre | 2,32 | 2,22 | 2,15 | 2,09 | 4,07 | 3,96 | 1,93 | 1,88 | 1,83 | 1,79 | 1,74 | 1,70 | 1,67 | 1,63 |
| Amazonas | 0,46 | 0,44 | 0,85 | 0,83 | 0,81 | 1,57 | 1,15 | 1,12 | 1,09 | 1,77 | 2,42 | 2,36 | 2,64 | 2,58 |
| Roraima | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Para | 0,20 | 0,19 | 0,19 | 0,18 | 0,18 | 0,17 | 0,85 | 0,84 | 0,82 | 1,29 | 0,95 | 0,77 | 0,76 | 0,75 |
| Amapá | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tocantins | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,72 | 1,69 | 1,66 | 1,63 | 2,39 |
| Nordeste | 0,39 | 0,39 | 0,41 | 0,42 | 0,42 | 0,44 | 0,48 | 0,47 | 0,61 | 0,88 | 1,08 | 1,27 | 1,50 | 1,66 |
| Maranhão | 0,20 | 0,20 | 0,19 | 0,19 | 0,19 | 0,19 | 0,18 | 0,18 | 0,18 | 0,18 | 0,17 | 0,17 | 0,51 | 0,50 |
| Piauí | 0,76 | 0,76 | 0,75 | 0,74 | 0,74 | 0,73 | 0,72 | 0,72 | 1,06 | 5,62 | 8,35 | 10,01 | 10,60 | 10,51 |
| Ceará | 0,31 | 0,30 | 0,45 | 0,44 | 0,43 | 0,43 | 0,42 | 0,41 | 0,41 | 0,54 | 0,66 | 0,78 | 0,90 | 1,14 |
| Rio Grande do Norte | 0,81 | 0,80 | 0,79 | 0,78 | 0,77 | 0,76 | 0,75 | 0,74 | 0,73 | 0,72 | 0,71 | 1,05 | 2,42 | 2,74 |
| Parabá | 0,92 | 0,92 | 0,91 | 0,91 | 0,90 | 0,89 | 0,89 | 0,88 | 0,88 | 0,87 | 0,86 | 0,86 | 0,85 | 0,85 |
| Pernambuco | 0,28 | 0,27 | 0,27 | 0,40 | 0,40 | 0,39 | 0,39 | 0,39 | 0,38 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,37 | 0,61 |
| Alagoas | 0,39 | 0,39 | 0,38 | 0,38 | 0,37 | 0,37 | 0,37 | 0,36 | 0,36 | 0,35 | 0,70 | 0,69 | 1,03 | 1,02 |
| Sergipe | 0,65 | 0,64 | 0,63 | 0,62 | 0,61 | 1,19 | 1,17 | 1,15 | 3,98 | 3,91 | 3,85 | 3,79 | 3,73 | 3,68 |
| Bahia | 0,25 | 0,25 | 0,24 | 0,24 | 0,24 | 0,24 | 0,39 | 0,39 | 0,46 | 0,46 | 0,45 | 0,68 | 0,74 | 1,03 |
| Sudeste | 0,89 | 0,91 | 0,91 | 0,93 | 1,02 | 1,08 | 1,03 | 1,12 | 1,44 | 1,65 | 1,78 | 2,26 | 2,63 | 2,95 |
| Minas Gerais | 0,50 | 0,55 | 0,49 | 0,48 | 0,53 | 0,59 | 0,58 | 0,69 | 0,85 | 1,00 | 1,21 | 1,96 | 2,59 | 3,25 |
| Espirito Santo | 0,75 | 0,74 | 0,72 | 0,71 | 0,70 | 0,69 | 0,68 | 0,66 | 0,98 | 1,61 | 2,22 | 2,19 | 2,77 | 2,73 |
| Rio de Janeiro | 0,85 | 0,83 | 0,82 | 0,82 | 0,95 | 0,94 | 1,00 | 0,99 | 1,26 | 1,46 | 1,72 | 2,17 | 2,29 | 2,33 |
| São Paulo | 1,11 | 1,13 | 1,17 | 1,21 | 1,31 | 1,40 | 1,29 | 1,41 | 1,83 | 2,05 | 2,05 | 2,44 | 2,76 | 3,06 |
| Sul | 1,38 | 1,36 | 1,34 | 1,32 | 1,39 | 1,58 | 1,48 | 1,71 | 2,13 | 2,58 | 2,91 | 3,26 | 3,38 | 3,76 |
| Paraná | 1,17 | 1,15 | 1,13 | 1,12 | 1,22 | 1,22 | 1,19 | 1,50 | 1,90 | 2,71 | 3,10 | 3,47 | 3,63 | 3,69 |
| Santa Catarina | 1,29 | 1,27 | 1,25 | 1,23 | 1,01 | 1,58 | 1,56 | 1,73 | 2,46 | 2,42 | 2,94 | 3,26 | 3,57 | 4,40 |
| Rio Grande do Sul | 1,61 | 1,60 | 1,58 | 1,56 | 1,75 | 1,94 | 1,72 | 1,90 | 2,18 | 2,55 | 2,72 | 3,07 | 3,04 | 3,49 |
| Centro-Oeste | 0,82 | 0,80 | 0,89 | 1,06 | 1,13 | 1,02 | 1,09 | 1,07 | 1,13 | 1,80 | 1,85 | 2,40 | 2,35 | 2,87 |
| Mato Grosso do Sul | 1,10 | 1,08 | 1,06 | 1,57 | 1,55 | 1,53 | 2,00 | 1,98 | 1,95 | 2,40 | 2,84 | 3,27 | 3,23 | 3,18 |
| Mato Grosso | 0,47 | 0,47 | 0,46 | 0,45 | 0,88 | 0,43 | 0,42 | 0,41 | 0,41 | 1,99 | 1,56 | 1,92 | 1,51 | 3,71 |
| Goiás | 0,73 | 0,71 | 0,69 | 0,90 | 0,88 | 0,86 | 0,85 | 0,83 | 1,02 | 1,59 | 1,76 | 2,50 | 2,64 | 2,59 |
| Distrito Federal | 1,21 | 1,17 | 1,71 | 1,67 | 1,63 | 1,59 | 1,56 | 1,52 | 1,49 | 1,46 | 1,43 | 1,86 | 1,83 | 2,24 |
| Total | 0,78 | 0,78 | 0,80 | 0,82 | 0,88 | 0,94 | 0,94 | 1,00 | 1,24 | 1,57 | 1,72 | 2,07 | 2,33 | 2,62 |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Observou-se, no País, que o número de vagas por milhão de habitantes subiu de 89,4 em 1991 para 388,6 em 2004 (Tabela 7), o correspondente a uma variação de, aproximadamente, 435%. Esta tendência também foi observada em todas as regiões do País. No ano de 2004, constatou-se que as Regiões Sudeste e Sul apresentam o maior número de vagas por milhão de habitantes (571,7 e 526,1, respectivamente) enquanto o menor valor foi no Nordeste (107,9).

Entre as unidades da federação, destacam-se os resultados observados no Rio de Janeiro e Rondônia. Apesar do Estado de São Paulo apresentar o maior número de cursos e vagas, após ajustamento para densidade demográfica dos Estados, constatou-se que o maior número de vagas por milhão de habitantes foi observado no Estado do Rio de Janeiro. Na Região Norte, destaca-se, também, o elevado número de cursos e de vagas por milhão de habitantes no Estado de Rondônia.

Tabela 7. Número de vagas em cursos presenciais de Educação Física por um milhão de habitantes, por região geográfica

| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | 27,86 | 27,09 | 27,30 | 25,72 | 30,29 | 25,35 | 38,81 | 37,94 | 40,27 | 67,14 | 73,58 | 88,27 | 132,32 | 174,41 |
| Rondônia | 33,22 | 33,06 | 32,91 | 32,27 | 63,30 | 62,12 | 30,49 | 29,95 | 29,42 | 68,67 | 28,42 | 216,51 | 542,62 | 594,61 |
| Acre | 92,87 | 88,73 | 86,11 | 83,64 | 121,97 | 118,70 | 115,60 | 112,68 | 109,88 | 107,22 | 139,55 | 136,30 | 133,20 | 130,25 |
| Amazonas | 27,54 | 26,41 | 42,72 | 24,89 | 24,20 | 23,54 | 22,93 | 22,34 | 94,40 | 95,64 | 141,06 | 145,86 | 179,47 | 285,15 |
| Roraima | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 405,22 |
| Pará | 29,28 | 28,71 | 22,36 | 27,33 | 26,74 | 17,45 | 52,99 | 51,93 | 24,63 | 47,34 | 46,27 | 26,34 | 31,94 | 31,36 |
| Amapá | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tocantins | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 129,24 | 128,40 | 165,70 | 162,58 | 0,00 |
| Nordeste | 28,66 | 29,29 | 28,31 | 28,64 | 30,72 | 27,95 | 33,63 | 34,55 | 37,92 | 51,53 | 49,53 | 72,23 | 94,58 | 107,87 |
| Maranhão | 13,90 | 13,73 | 13,54 | 13,35 | 13,18 | 13,00 | 12,84 | 12,68 | 12,52 | 12,36 | 12,21 | 12,41 | 29,28 | 12,11 |
| Piauí | 41,80 | 41,61 | 41,21 | 40,81 | 62,48 | 41,51 | 43,30 | 66,15 | 75,84 | 238,48 | 142,72 | 167,00 | 164,17 | 110,54 |
| Ceará | 19,27 | 18,89 | 23,06 | 22,70 | 22,36 | 22,74 | 23,12 | 24,86 | 20,43 | 52,37 | 55,63 | 82,30 | 101,18 | 172,98 |
| Rio Grande do Norte | 28,30 | 27,99 | 27,60 | 27,22 | 26,85 | 26,49 | 29,88 | 29,50 | 29,12 | 35,94 | 35,49 | 52,23 | 104,22 | 75,26 |
| Paraíba | 81,87 | 81,64 | 81,04 | 62,31 | 67,87 | 55,46 | 66,92 | 55,88 | 70,10 | 75,42 | 86,43 | 88,70 | 88,10 | 87,52 |
| Pernambuco | 30,40 | 30,08 | 29,76 | 29,45 | 29,15 | 30,17 | 29,87 | 26,36 | 33,11 | 27,74 | 29,35 | 27,21 | 49,01 | 83,87 |
| Alagoas | 15,54 | 15,46 | 15,28 | 15,11 | 14,94 | 11,08 | 14,61 | 14,45 | 25,02 | 24,76 | 59,50 | 100,43 | 174,80 | 173,02 |
| Sergipe | 52,25 | 51,26 | 50,32 | 49,43 | 48,57 | 71,62 | 70,43 | 69,28 | 96,57 | 100,62 | 99,04 | 205,85 | 96,02 | 225,95 |
| Bahia | 22,25 | 24,69 | 19,72 | 27,44 | 28,79 | 23,77 | 40,43 | 42,55 | 41,63 | 37,82 | 38,54 | 74,53 | 113,83 | 107,69 |
| Sudeste | 124,36 | 129,33 | 126,91 | 129,91 | 137,40 | 145,80 | 156,46 | 174,87 | 207,30 | 266,45 | 289,19 | 395,74 | 465,46 | 571,87 |
| Minas Gerais | 41,23 | 44,31 | 43,74 | 43,18 | 39,68 | 45,05 | 42,78 | 57,41 | 64,64 | 85,19 | 127,22 | 218,82 | 284,80 | 439,07 |
| Espírito Santo | 26,27 | 40,48 | 39,76 | 39,07 | 41,90 | 34,34 | 40,53 | 39,89 | 91,61 | 157,83 | 256,25 | 271,73 | 372,28 | 378,95 |
| Rio de Janeiro | 127,15 | 129,21 | 122,06 | 129,99 | 126,10 | 132,23 | 182,08 | 182,95 | 231,82 | 345,54 | 398,30 | 595,47 | 664,22 | 708,89 |
| São Paulo | 172,50 | 178,74 | 177,04 | 180,02 | 197,67 | 209,62 | 211,41 | 240,00 | 276,48 | 332,36 | 327,74 | 414,12 | 483,48 | 598,71 |
| Sul | 144,38 | 130,97 | 132,10 | 132,58 | 126,87 | 138,13 | 141,02 | 165,25 | 203,04 | 316,08 | 346,07 | 457,29 | 476,08 | 526,09 |
| Paraná | 139,34 | 117,10 | 125,83 | 126,52 | 109,51 | 114,23 | 113,98 | 141,93 | 200,70 | 342,27 | 388,17 | 459,48 | 455,74 | 469,78 |
| Santa Catarina | 116,28 | 114,08 | 103,85 | 102,15 | 90,47 | 106,86 | 114,96 | 119,86 | 158,43 | 179,01 | 201,91 | 261,23 | 303,89 | 393,03 |
| Rio Grande do Sul | 163,07 | 152,37 | 152,27 | 153,76 | 161,73 | 176,58 | 179,82 | 210,90 | 228,58 | 363,60 | 382,69 | 559,35 | 587,10 | 650,51 |
| Centro-Oeste | 68,73 | 67,16 | 71,61 | 81,66 | 71,98 | 95,06 | 81,43 | 107,02 | 108,69 | 166,67 | 188,04 | 260,79 | 296,41 | 342,23 |
| Mato Grosso do Sul | 81,04 | 79,98 | 78,72 | 119,42 | 117,63 | 115,90 | 166,83 | 174,34 | 189,92 | 230,50 | 298,36 | 412,50 | 394,99 | 374,77 |
| Mato Grosso | 28,22 | 28,05 | 27,44 | 26,86 | 41,66 | 26,79 | 25,29 | 24,80 | 32,45 | 75,65 | 31,27 | 107,50 | 105,61 | 252,06 |
| Goiás | 43,70 | 42,35 | 41,40 | 49,49 | 48,45 | 47,45 | 35,93 | 45,58 | 85,33 | 143,48 | 150,57 | 211,12 | 286,63 | 313,57 |
| Distrito Federal | 169,87 | 164,04 | 194,10 | 189,31 | 119,57 | 276,07 | 173,83 | 289,25 | 176,25 | 269,69 | 359,21 | 416,15 | 453,47 | 488,45 |
| Total | 89,44 | 89,58 | 88,72 | 90,76 | 93,31 | 98,95 | 105,66 | 118,96 | 139,62 | 191,37 | 206,88 | 281,20 | 325,79 | 388,60 |

Ao analisar-se o número de vagas nos cursos de Educação Física por milhão de habitantes, conforme regiões geográficas do País (Tabela 7), constatou-se, diferentemente do que foi observado para o número de cursos (Tabela 6), que a Região Sudeste assemelha-se à Região Sul no número de vagas por milhão de habitantes, enquanto a Região Centro-Oeste situa-se em posição intermediária.

A demanda por cursos de Educação Física

O número de candidatos inscritos nos processos seletivos para cursos de Educação Física, conforme regiões geográficas e unidades da federação, está apresentado na Tabela 8. O número de candidatos inscritos foi de 32.850 em 1991, e aumentou para 178.785 em 2004, o que representa um aumento percentual de 444%. No período entre 1991 e 2004, o maior aumento percentual foi observado na Região Norte (635%), enquanto o menor aumento foi observado nas Regiões Sul (387%) e Sudeste (431%). Esses resultados sugerem a configuração de dois cenários distintos quanto à demanda e à oferta de vagas. Na Região Norte, o aumento no número de vagas ofertadas foi acompanhado por uma elevação, em proporções similares, na demanda. Por outro lado, na Região Sudeste ocorreu um aumento mais acentuado na oferta de vagas que não foi acompanhado da correspondente elevação do número de candidatos inscritos nos processos seletivos.

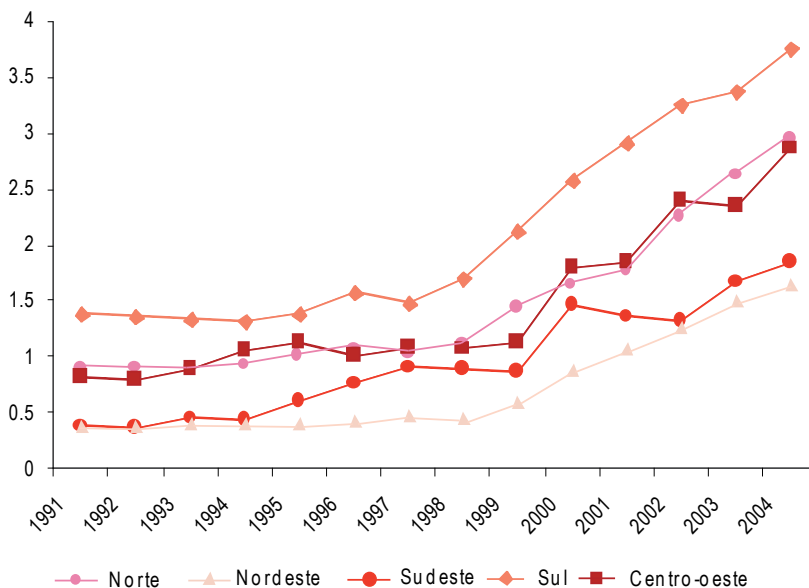
Tabela 8. Número de candidatos inscritos no processo seletivo para cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica e unidade da federação

| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | Δ % 2004/1991 | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|---------------|--------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | | 2003 | 2004 |
| Norte | 1476 | 1251 | 1365 | 1423 | 1971 | 1944 | 2536 | 2573 | 3193 | 5345 | 3864 | 7183 | 8987 | 10845 | 635 |
| Rorondônia | 201 | 124 | 169 | 168 | 429 | 421 | 219 | 331 | 500 | 525 | 470 | 638 | 1810 | 1609 | 701 |
| Acre | 214 | 99 | 134 | 129 | 222 | 224 | 260 | 161 | 312 | 312 | 251 | 690 | 665 | 983 | 359 |
| Amazonas | 179 | 287 | 462 | 361 | 371 | 349 | 376 | 548 | 754 | 1225 | 1339 | 1499 | 1950 | 2270 | 1168 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1265 | - |
| Para | 882 | 741 | 600 | 765 | 949 | 950 | 1681 | 1533 | 1627 | 2897 | 1584 | 3937 | 4049 | 4197 | 376 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 386 | 220 | 419 | 513 | 521 | - |
| Nordeste | 4199 | 3475 | 4069 | 5156 | 6665 | 6647 | 5536 | 7894 | 10324 | 14040 | 14264 | 19525 | 23492 | 24568 | 485 |
| Maranhão | 257 | 283 | 358 | 254 | 347 | 322 | 286 | 525 | 722 | 908 | 699 | 703 | 1317 | 969 | 277 |
| Piauí | 338 | 301 | 552 | 756 | 1869 | 884 | 476 | 384 | 1008 | 2435 | 1439 | 1843 | 2610 | 1377 | 307 |
| Ceará | 236 | 168 | 258 | 355 | 581 | 1330 | 832 | 1063 | 1047 | 1857 | 2224 | 4759 | 4429 | 5768 | 2344 |
| Rio Grande do Norte | 375 | 349 | 362 | 391 | 420 | 401 | 358 | 556 | 570 | 729 | 657 | 1078 | 1523 | 1505 | 301 |
| Pernambuco | 703 | 642 | 605 | 617 | 613 | 524 | 550 | 715 | 953 | 1181 | 1278 | 1456 | 1719 | 1229 | 75 |
| Alagoas | 207 | 105 | 319 | 184 | 104 | 101 | 156 | 191 | 316 | 666 | 982 | 966 | 1496 | 2110 | 919 |
| Sergipe | 552 | 500 | 445 | 633 | 465 | 630 | 519 | 579 | 684 | 923 | 971 | 1559 | 1469 | 1773 | 221 |
| Bahia | 674 | 439 | 553 | 936 | 1329 | 1265 | 1079 | 2175 | 2916 | 3221 | 3312 | 4541 | 5012 | 5141 | 663 |
| Sudeste | 17841 | 17205 | 18406 | 19676 | 22169 | 22595 | 24764 | 30780 | 38080 | 54200 | 60919 | 67648 | 80099 | 94834 | 431 |
| Minas Gerais | 1981 | 2117 | 1995 | 2442 | 2445 | 3181 | 3379 | 7271 | 6814 | 10279 | 13320 | 17509 | 19680 | 23024 | 1062 |
| Espírito Santo | 160 | 613 | 652 | 653 | 815 | 885 | 791 | 1066 | 1764 | 1884 | 3246 | 3724 | 3789 | 4573 | 2758 |
| Rio de Janeiro | 2608 | 3242 | 3425 | 3385 | 4468 | 4365 | 6159 | 6777 | 8374 | 12244 | 16055 | 14590 | 19367 | 18461 | 608 |
| São Paulo | 13092 | 11233 | 12334 | 13196 | 14441 | 14164 | 14435 | 15666 | 21128 | 29793 | 28298 | 31825 | 37263 | 48776 | 273 |
| Sul | 6564 | 5701 | 6802 | 7171 | 8684 | 9363 | 11543 | 15154 | 17195 | 23883 | 26897 | 28608 | 27253 | 31962 | 387 |
| Paraná | 2829 | 2835 | 3042 | 3623 | 3731 | 3918 | 5148 | 6555 | 7887 | 10390 | 12145 | 11995 | 11757 | 12811 | 353 |
| Santa Catarina | 1214 | 1010 | 1270 | 1509 | 1105 | 1773 | 2307 | 2669 | 3136 | 3904 | 3169 | 3629 | 4725 | 7168 | 490 |
| Rio Grande do Sul | 2521 | 1856 | 2490 | 2039 | 3848 | 3672 | 4088 | 5930 | 6172 | 9589 | 11583 | 12984 | 10771 | 11983 | 375 |
| Centro-Oeste | 2770 | 2578 | 3137 | 3945 | 3647 | 3239 | 5156 | 5742 | 4987 | 9734 | 11918 | 11574 | 11873 | 16576 | 498.4 |
| Mato Grosso do Sul | 483 | 364 | 594 | 496 | 575 | 507 | 844 | 1062 | 1129 | 1568 | 2602 | 2320 | 2534 | 2315 | 379 |
| Mato Grosso | 952 | 239 | 249 | 240 | 179 | 158 | 265 | 288 | 376 | 1153 | 1428 | 1111 | 1281 | 2644 | 949 |
| Goiás | 902 | 959 | 1060 | 1412 | 1183 | 1157 | 1427 | 1592 | 953 | 3815 | 4537 | 3919 | 4014 | 5743 | 537 |
| Distrito Federal | 1133 | 1016 | 1234 | 1797 | 1710 | 1417 | 2620 | 2800 | 2509 | 3198 | 3351 | 4224 | 4044 | 5874 | 418 |
| Total | 32850 | 30210 | 33779 | 37371 | 43136 | 43788 | 49535 | 62143 | 73759 | 107202 | 117682 | 147855 | 178765 | 178765 | 444 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

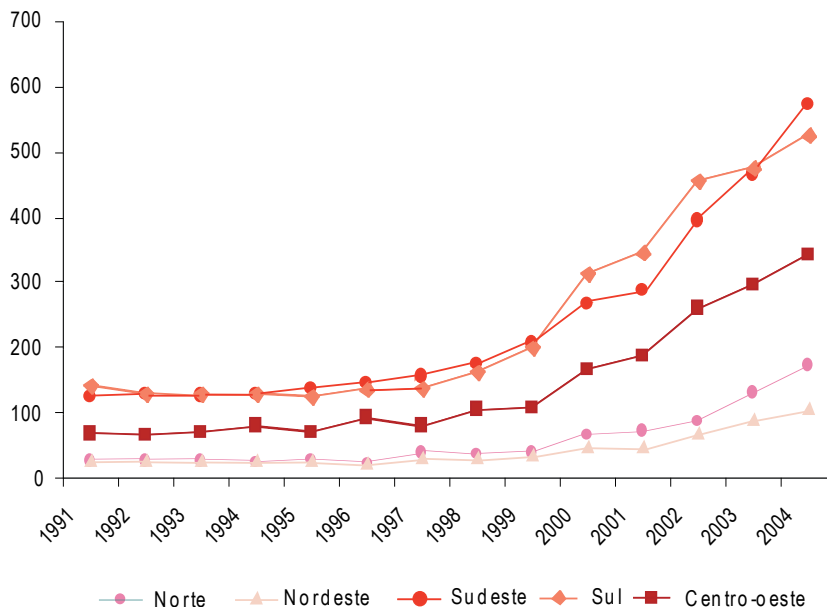
A demanda para os cursos de Educação Física, conforme categoria administrativa das instituições (Gráfico 5), demarca que, entre 1991 e 2001, existia um maior número de candidatos inscritos no concurso vestibular para as instituições públicas. Mas, a partir de 2002, as instituições privadas superaram as públicas quanto ao número de candidatos inscritos.

Gráfico 5. Número de cursos presenciais em Educação Física por milhão de habitantes, por região geográfica



No período de 1991 a 2004, o número de inscritos em processos seletivos para cursos de Educação Física foi marcadamente superior nas universidades em comparação aos centros universitários e faculdades. A demanda por cursos ofertados em centros universitários e faculdades foi similar, embora nos últimos anos o número de inscritos tenha sido maior nas faculdades.

Gráfico 6. Número de vagas nos cursos presenciais em Educação Física por milhão de habitantes, por região geográfica



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O número de ingressantes nos cursos de Educação Física, entre 1991 e 1994, foi similar nas instituições públicas e privadas. No entanto, a partir de 1995, este número vem crescendo anualmente nas instituições privadas, mantendo-se praticamente estável nas instituições públicas (Gráfico 7). No que se refere à organização acadêmica das instituições (Gráfico 8), apenas entre 1991 e 1993 foram observados números semelhantes de ingressantes em universidades e faculdades. A partir de então, o número de ingressantes em universidades foi crescendo anualmente, enquanto em faculdades esse número decresceu até 1998 e voltou a crescer desde então. O número de ingressantes em centros universitários vem crescendo desde o ano em que foram instituídos (1997).

Gráfico 7. Tendências da demanda (inscritos para processo seletivo) para os cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição

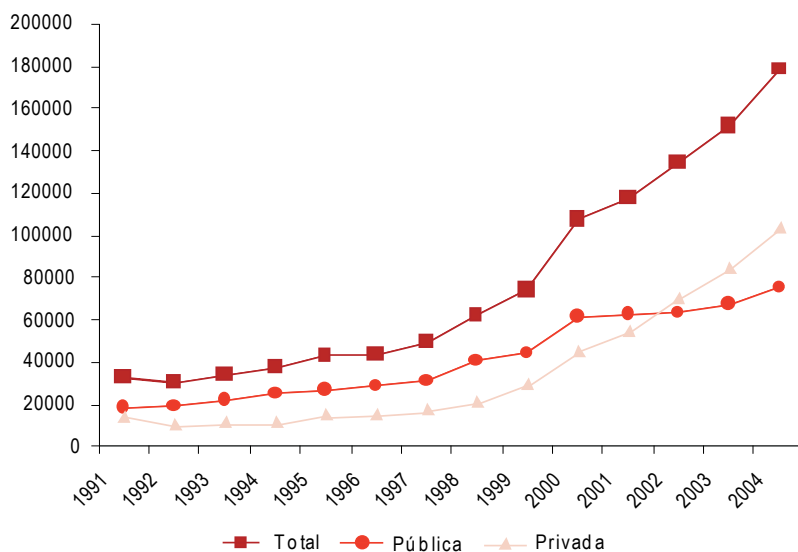
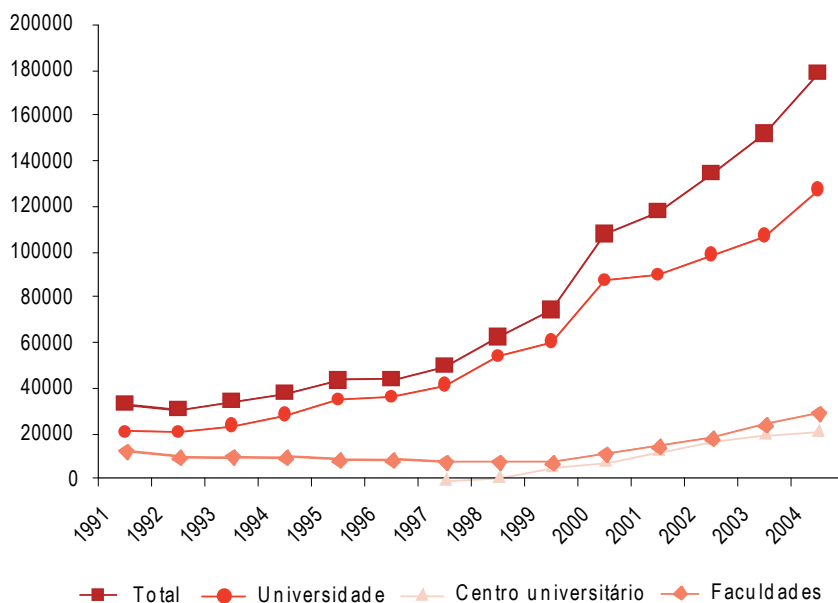


Gráfico 8. Tendências da demanda (inscritos para processo seletivo) para os cursos presenciais em Educação Física, por categorias de organização acadêmica da instituição



No que diz respeito ao número de concluintes nos cursos de Educação Física, houve uma similaridade entre as instituições públicas e privadas no período de 1991 a 1998 (Gráfico 9). No entanto, a partir de 1999, o número de concluintes em instituições públicas apresentou um crescimento apenas discreto. Nas instituições privadas este aumento foi mais acentuado.

A partir de 1993, o número de concluintes em universidades aumentou gradualmente, representando aproximadamente 63% dos concluintes em 2004 (Gráfico 10). Embora o número de concluintes em centros universitários tenha aumentado discretamente a partir de 2001, este número tem sido sempre inferior ao observado nas faculdades.

Gráfico 9. Tendências do número de matrículas nos cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição

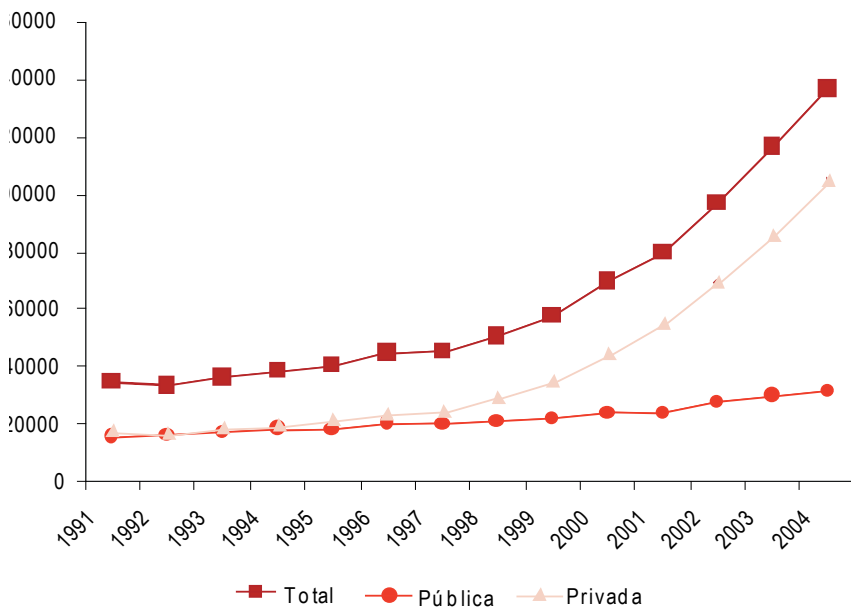
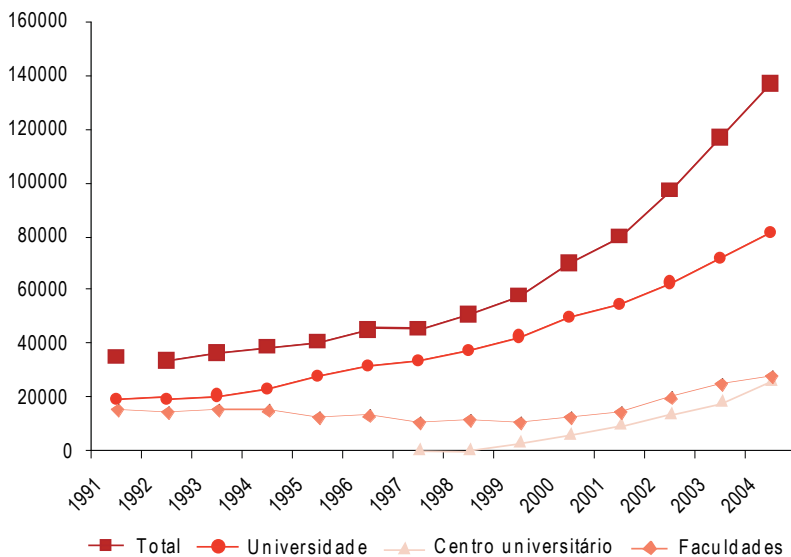


Gráfico 10. Tendências do número de matrículas nos cursos presenciais em Educação Física, por categorias de organização acadêmica da instituição



A Tabela 9 relaciona o número de inscritos com o número de vagas nos cursos de Educação Física. O número médio de inscritos por vaga no País manteve-se praticamente estável entre 1991 (2,4 inscritos por vaga) e 2004 (2,6 inscritos por vaga). Em 2004, a concorrência por uma vaga nas Regiões Norte e Nordeste foi praticamente duas vezes maior que nas regiões Sudeste e Sul. Estes dados, possivelmente, estão associados a menor oferta de cursos e vagas por milhão de habitantes nestas regiões.

Tabela 9. Relação entre o número de inscritos e oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica

| Região/ Unidades da Federação | ANO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 1.476 | 1.251 | 1.365 | 1.423 | 1.971 | 1.944 | 2.536 | 2.573 | 3.193 | 5.345 | 3.864 | 7.183 | 8.987 | 10.845 |
| Vagas | 290 | 290 | 300 | 290 | 350 | 300 | 470 | 470 | 510 | 869 | 973 | 1.192 | 1.824 | 2.453 |
| Inscritos/Vagas | 5,1 | 4,3 | 4,6 | 4,9 | 5,6 | 6,5 | 5,4 | 5,5 | 6,3 | 6,2 | 4,0 | 6,0 | 4,9 | 4,4 |
| Nordeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 4.199 | 3.475 | 4.069 | 5.156 | 6.665 | 6.647 | 5.536 | 7.894 | 10.324 | 14.040 | 14.264 | 19.525 | 23.492 | 24.568 |
| Vagas | 1.251 | 1.281 | 1.253 | 1.291 | 1.391 | 1.280 | 1.566 | 1.617 | 1.794 | 2.464 | 2.394 | 3.528 | 4.668 | 5.379 |
| Inscritos/Vagas | 3,4 | 2,7 | 3,2 | 4,0 | 4,8 | 5,2 | 3,5 | 4,9 | 5,8 | 5,7 | 6,0 | 5,5 | 5,0 | 4,6 |
| Sudeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 17.841 | 17.205 | 18.406 | 19.676 | 22.169 | 22.595 | 24.764 | 30.780 | 38.080 | 54.200 | 60.919 | 67.648 | 80.099 | 94.834 |
| Vagas | 7.955 | 8.408 | 8.373 | 8.695 | 9.326 | 10.033 | 10.913 | 12.360 | 14.846 | 19.333 | 21.256 | 29.462 | 35.092 | 43.638 |
| Inscritos/Vagas | 2,2 | 2,0 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,3 | 2,3 | 2,5 | 2,6 | 2,8 | 2,9 | 2,3 | 2,3 | 2,2 |
| Sul | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 6.564 | 5.701 | 6.802 | 7.171 | 8.684 | 9.363 | 11.543 | 15.154 | 17.195 | 23.883 | 26.897 | 28.608 | 27.253 | 31.962 |
| Vagas | 3.245 | 2.990 | 3.055 | 3.105 | 3.008 | 3.315 | 3.425 | 4.061 | 5.048 | 7.950 | 8.805 | 11.768 | 12.390 | 13.844 |
| Inscritos/Vagas | 2,0 | 1,9 | 2,2 | 2,3 | 2,9 | 2,8 | 3,4 | 3,7 | 3,4 | 3,0 | 3,1 | 2,4 | 2,2 | 2,3 |
| Centro-Oeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 2.770 | 2.578 | 3.137 | 3.945 | 3.647 | 3.239 | 5.156 | 5.742 | 4.967 | 9.734 | 11.918 | 11.574 | 11.873 | 16.576 |
| Vagas | 668 | 668 | 728 | 848 | 763 | 1.028 | 898 | 1.203 | 1.245 | 1.945 | 2.235 | 3.156 | 3.651 | 4.289 |
| Inscritos/Vagas | 4,1 | 3,9 | 4,3 | 4,7 | 4,8 | 3,2 | 5,7 | 4,8 | 4,0 | 5,0 | 5,3 | 3,7 | 3,3 | 3,9 |
| BRASIL | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscritos | 32.850 | 30.210 | 33.779 | 37.371 | 43.136 | 43.788 | 49.535 | 62.143 | 73.759 | 107.202 | 117.862 | 134.538 | 151.704 | 178.785 |
| Vagas | 13.409 | 13.637 | 13.709 | 14.229 | 14.838 | 15.956 | 17.272 | 19.711 | 23.443 | 32.561 | 35.663 | 49.106 | 57.625 | 69.603 |
| Inscritos/Vagas | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 2,6 | 2,9 | 2,7 | 2,9 | 3,2 | 3,1 | 3,3 | 3,3 | 2,7 | 2,6 | 2,6 |

A concorrência pelas vagas ofertadas por instituições públicas era, em 1991, praticamente o dobro da observada nas instituições privadas (3,6 versus 1,7 candidatos por vaga, respectivamente). Esta diferença foi sendo acentuada ao longo dos anos e, em 2004, a concorrência nas instituições públicas passou a ser quase cinco vezes maior do que nas instituições privadas (8,3 versus 1,7 candidatos por vaga, respectivamente). Nota-se, ainda na Tabela 10, que a concorrência nas instituições públicas teve uma tendência crescente entre 1991 e 2004, o que não foi observado nas instituições privadas, que apresentaram uma concorrência praticamente estável no período. De modo geral, a concorrência por cursos de Educação Física no Brasil tendeu a crescer entre 1991 e 2000, e, a partir de então, apresentou um declínio, estabilizando-se em 2,6 candidatos por vaga.

Tabela 10. Relação entre o número de inscritos e a oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição

| Ano | Pública | | | Privada | | | Total | | |
|------|-----------|-------|---------------------|-----------|--------|---------------------|-----------|--------|---------------------|
| | Inscritos | Vagas | Inscritos/ Vagas | Inscritos | Vagas | Inscritos/ Vagas | Inscritos | Vagas | Inscritos/ Vagas |
| 1991 | 18.678 | 5.179 | 3,6 | 14.172 | 8.230 | 1,7 | 32.850 | 13.409 | 2,4 |
| 1992 | 19.213 | 5.219 | 3,7 | 10.997 | 8.418 | 1,3 | 30.210 | 13.637 | 2,2 |
| 1993 | 21.821 | 5.128 | 4,3 | 11.958 | 8.581 | 1,4 | 33.779 | 13.709 | 2,5 |
| 1994 | 24.948 | 5.225 | 4,8 | 12.423 | 9.004 | 1,4 | 37.371 | 14.229 | 2,6 |
| 1995 | 26.986 | 5.064 | 5,3 | 16.150 | 9.774 | 1,7 | 43.136 | 14.838 | 2,9 |
| 1996 | 28.508 | 5.330 | 5,3 | 15.280 | 10.626 | 1,4 | 43.788 | 15.956 | 2,7 |
| 1997 | 30.973 | 5.584 | 5,5 | 18.562 | 11.688 | 1,6 | 49.535 | 17.272 | 2,9 |
| 1998 | 40.847 | 6.019 | 6,8 | 21.296 | 13.692 | 1,6 | 62.143 | 19.711 | 3,2 |
| 1999 | 44.028 | 5.759 | 7,6 | 29.731 | 17.684 | 1,7 | 73.759 | 23.443 | 3,1 |
| 2000 | 61.481 | 6.983 | 8,8 | 45.721 | 25.578 | 1,8 | 107.202 | 32.561 | 3,3 |
| 2001 | 62.601 | 6.523 | 9,6 | 55.261 | 29.140 | 1,9 | 117.862 | 35.663 | 3,3 |
| 2002 | 63.334 | 7.626 | 8,3 | 71.204 | 41.480 | 1,7 | 134.538 | 49.106 | 2,7 |
| 2003 | 67.220 | 8.114 | 8,3 | 84.484 | 49.511 | 1,7 | 151.704 | 57.625 | 2,6 |
| 2004 | 75.095 | 9.024 | 8,3 | 103.690 | 60.579 | 1,7 | 178.785 | 69.603 | 2,6 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Em 1991, havia 2,9 candidatos por vaga oferecida em universidades e 1,9 nas faculdades (Tabela 11). Houve um pequeno aumento na concorrência média nas universidades entre 1991 e 2004 (2,9 para 3,4), enquanto que a concorrência nas faculdades apresentou um leve decréscimo entre 1991 e 2004 (1,9 para 1,6). Nos centros universitários, o número médio de candidatos por vaga aumentou de 1,0, em 1997, para 1,5, em 2004.

Tabela 11. Relação entre o número de inscritos e a oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por categorias de organização acadêmica da instituição

| Ano | Universidades | | | Centros Universitários | | | Faculdades | | | Total | | |
|------|---------------|--------|-----------------|------------------------|--------|-----------------|------------|--------|-----------------|-----------|--------|-----------------|
| | Inscritos | Vagas | Inscritos/Vagas | Inscritos | Vagas | Inscritos/Vagas | Inscritos | Vagas | Inscritos/Vagas | Inscritos | Vagas | Inscritos/Vagas |
| 1991 | 20.124 | 6.849 | 2,9 | | | | 12.726 | 6.560 | 1,9 | 32.850 | 13.409 | 2,4 |
| 1992 | 20.378 | 7.294 | 2,8 | | | | 9.832 | 6.343 | 1,6 | 30.210 | 13.637 | 2,2 |
| 1993 | 23.356 | 7.487 | 3,1 | | | | 10.423 | 6.222 | 1,7 | 33.779 | 13.709 | 2,5 |
| 1994 | 27.795 | 8.098 | 3,4 | | | | 9.576 | 6.131 | 1,6 | 37.371 | 14.229 | 2,6 |
| 1995 | 34.488 | 9.768 | 3,5 | | | | 8.648 | 5.070 | 1,7 | 43.136 | 14.838 | 2,9 |
| 1996 | 35.617 | 10.800 | 3,3 | | | | 8.171 | 5.156 | 1,6 | 43.788 | 15.956 | 2,7 |
| 1997 | 41.433 | 12.260 | 3,4 | 372 | 375 | 1,0 | 7.730 | 4.637 | 1,7 | 49.535 | 17.272 | 2,9 |
| 1998 | 53.573 | 14.093 | 3,8 | 903 | 560 | 1,6 | 7.667 | 5.058 | 1,5 | 62.143 | 19.711 | 3,2 |
| 1999 | 60.386 | 14.963 | 4,0 | 6.247 | 3.123 | 2,0 | 7.126 | 5.357 | 1,3 | 73.759 | 23.443 | 3,1 |
| 2000 | 87.148 | 19.724 | 4,4 | 8.900 | 5.621 | 1,6 | 11.154 | 7.216 | 1,5 | 107.202 | 32.561 | 3,3 |
| 2001 | 89.586 | 21.616 | 4,1 | 13.929 | 6.267 | 2,2 | 14.347 | 7.780 | 1,8 | 117.862 | 35.663 | 3,3 |
| 2002 | 98.210 | 27.389 | 3,6 | 18.215 | 9.879 | 1,8 | 18.113 | 11.838 | 1,5 | 134.538 | 49.106 | 2,7 |
| 2003 | 106.707 | 30.003 | 3,6 | 20.861 | 12.231 | 1,7 | 24.136 | 15.391 | 1,6 | 151.704 | 57.625 | 2,6 |
| 2004 | 127.404 | 37.435 | 3,4 | 22.343 | 14.492 | 1,5 | 29.038 | 17.676 | 1,6 | 178.785 | 69.603 | 2,6 |



O número de ingressantes por vaga no País não variou muito no período entre 1991 e 2004 (Tabela 12). Em 2004, por exemplo, as 69.603 vagas disponíveis foram preenchidas por apenas 51.327 alunos, indicando que 30% das vagas disponíveis não foram ocupadas. A análise da relação entre o número de ingressantes e o número de vagas conforme regiões geográficas revela que na Região Norte, enquanto em 1991 praticamente todas as vagas foram preenchidas (relação ingressantes/vagas = 1), houve uma queda para 0,6 em 2004, indicando que 40% das vagas não foram preenchidas naquele ano. Na Região Nordeste, desde 1998, a proporção de vagas não preenchidas se situa em torno de 10%, constituindo-se no melhor resultado em comparação ao observado nas demais regiões.

Tabela 12. Relação entre o número de ingressantes e a oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica

| Região/ Unidades da Federação | ANO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 290 | 269 | 279 | 282 | 241 | 300 | 326 | 328 | 462 | 763 | 784 | 1.076 | 1.345 | 1.371 |
| Vagas | 290 | 290 | 300 | 290 | 350 | 300 | 470 | 470 | 510 | 869 | 973 | 1.192 | 1.824 | 2.453 |
| Ingressos/Vagas | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,7 | 1,0 | 0,7 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 0,6 |
| Nordeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 1.045 | 1.046 | 983 | 1.307 | 1.190 | 1.241 | 1.532 | 1.523 | 1.683 | 2.145 | 2.258 | 3.311 | 4.185 | 4.637 |
| Vagas | 1.251 | 1.281 | 1.253 | 1.291 | 1.391 | 1.280 | 1.566 | 1.617 | 1.794 | 2.464 | 2.394 | 3.528 | 4.668 | 5.379 |
| Ingressos/Vagas | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Sudeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 6.562 | 6.283 | 6.586 | 6.397 | 7.452 | 7.768 | 8.700 | 9.527 | 11.604 | 14.512 | 17.148 | 21.054 | 26.022 | 31.835 |
| Vagas | 7.955 | 8.408 | 8.373 | 8.695 | 9.326 | 10.033 | 10.913 | 12.360 | 14.846 | 19.333 | 21.256 | 29.462 | 35.092 | 43.638 |
| Ingressos/Vagas | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Sul | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 2.710 | 2.149 | 2.383 | 2.587 | 2.703 | 3.054 | 3.456 | 3.761 | 4.696 | 6.396 | 7.461 | 9.196 | 8.579 | 9.885 |
| Vagas | 3.245 | 2.990 | 3.055 | 3.105 | 3.008 | 3.315 | 3.425 | 4.061 | 5.048 | 7.950 | 8.805 | 11.768 | 12.390 | 13.844 |
| Ingressos/Vagas | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,7 |
| Centro-Oeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 668 | 615 | 678 | 876 | 731 | 1.027 | 1.081 | 1.194 | 1.336 | 1.749 | 2.158 | 2.969 | 3.254 | 3.599 |
| Vagas | 668 | 668 | 728 | 848 | 763 | 1.028 | 898 | 1.203 | 1.245 | 1.945 | 2.235 | 3.156 | 3.651 | 4.289 |
| Ingressos/Vagas | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,2 | 1,0 | 1,1 | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 0,8 |
| BRASIL | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingressos | 11.275 | 10.362 | 10.909 | 11.449 | 12.317 | 13.390 | 15.095 | 16.333 | 19.781 | 25.565 | 29.809 | 37.606 | 43.385 | 51.327 |
| Vagas | 13.409 | 13.637 | 13.709 | 14.229 | 14.838 | 15.956 | 17.272 | 19.711 | 23.443 | 32.561 | 35.663 | 49.106 | 57.625 | 69.603 |
| Ingressos/Vagas | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 |



A Tabela 13 apresenta a relação entre o número de ingressantes e o número de vagas conforme categoria administrativa das instituições. Em geral, cerca de 90-100% das vagas em instituições públicas são preenchidas anualmente, enquanto este percentual varia entre 70-80% nas instituições privadas. Mesmo com o aumento da procura por cursos de Educação Física, observado nos últimos anos, um número expressivo de vagas em instituições públicas do País ainda não é preenchido anualmente. Por exemplo, em 2004, das 9.024 vagas disponíveis nas instituições públicas brasileiras, 514 não foram preenchidas. O não-preenchimento de vagas é ainda maior nas instituições privadas, nas quais 17.762 vagas não foram ocupadas.

Tabela 13. Relação entre o número de ingressantes e a oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição

| Ano | Pública | | | Privada | | | Total | |
|------|--------------|-------|------------------------|--------------|--------|------------------------|--------------|--------|
| | Ingressantes | Vagas | Ingressantes/ Vagas | Ingressantes | Vagas | Ingressantes/ Vagas | Ingressantes | Vagas |
| | 1991 | 4.786 | 5.179 | 0,9 | 6.489 | 8.230 | 0,8 | 11.275 |
| 1992 | 4.571 | 5.219 | 0,9 | 5.791 | 8.418 | 0,7 | 10.362 | 13.637 |
| 1993 | 4.553 | 5.128 | 0,9 | 6.356 | 8.581 | 0,7 | 10.909 | 13.709 |
| 1994 | 4.640 | 5.225 | 0,9 | 6.809 | 9.004 | 0,8 | 11.449 | 14.229 |
| 1995 | 4.236 | 5.064 | 0,8 | 8.081 | 9.774 | 0,8 | 12.317 | 14.838 |
| 1996 | 5.031 | 5.330 | 0,9 | 8.359 | 10.626 | 0,8 | 13.390 | 15.956 |
| 1997 | 5.222 | 5.584 | 0,9 | 9.873 | 11.688 | 0,8 | 15.095 | 17.272 |
| 1998 | 5.420 | 6.019 | 0,9 | 10.913 | 13.692 | 0,8 | 16.333 | 19.711 |
| 1999 | 5.515 | 5.759 | 1,0 | 14.266 | 17.684 | 0,8 | 19.781 | 23.443 |
| 2000 | 6.620 | 6.983 | 0,9 | 18.945 | 25.578 | 0,7 | 25.565 | 32.561 |
| 2001 | 6.467 | 6.523 | 1,0 | 23.342 | 29.140 | 0,8 | 29.809 | 35.663 |
| 2002 | 7.303 | 7.626 | 1,0 | 30.303 | 41.480 | 0,7 | 37.606 | 49.106 |
| 2003 | 7.904 | 8.114 | 1,0 | 35.481 | 49.511 | 0,7 | 43.385 | 57.625 |
| 2004 | 8.510 | 9.024 | 0,9 | 42.817 | 60.579 | 0,7 | 51.327 | 69.603 |



Ao considerar a organização acadêmica das instituições, não foram observadas variações importantes na relação entre o número de ingressantes e vagas ocupadas.

Para analisar o fluxo de estudantes nos cursos de Educação Física, recorreu-se à análise da relação entre o número de concluintes e de ingressantes quatro anos antes (Tabela 14). O período de quatro anos representa o tempo mínimo para integralização curricular estabelecido pela Resolução nº 07/CFE/1987. Em 1994, menos da metade (47,7%) dos alunos ingressantes quatro anos antes concluíam o curso. Em 2004, esse percentual foi de 58,0%, sendo que o maior valor foi observado no ano de 1999 (61,6%). Foram detectadas diferenças regionais importantes na relação ingressantes/concluintes em cursos de Educação Física. Em 2004, enquanto no Nordeste 73,7% dos estudantes ingressantes concluíram o curso, na Região Sul esta proporção foi somente de 53,5%.

Tabela 14. Relação entre o número de ingressantes e a oferta de vagas em cursos presenciais em Educação Física, por organização acadêmica da instituição

| Ano | Universidades | | | Centros Universitários | | | Faculdades | | | Total | | |
|------|---------------|--------|-----------------|------------------------|--------|-----------------|------------|--------|-----------------|-----------|--------|-----|
| | Ingressos | Vagas | Ingressos/Vagas | Ingressos | Vagas | Ingressos/Vagas | Ingressos | Vagas | Ingressos/Vagas | Ingressos | Vagas | |
| 1991 | 5.509 | 6.849 | 0,8 | | | | 5.766 | 6.560 | 0,9 | 11.275 | 13.409 | 0,8 |
| 1992 | 5.530 | 7.294 | 0,8 | | | | 4.832 | 6.343 | 0,8 | 10.362 | 13.637 | 0,8 |
| 1993 | 5.909 | 7.487 | 0,8 | | | | 5.000 | 6.222 | 0,8 | 10.909 | 13.709 | 0,8 |
| 1994 | 6.761 | 8.098 | 0,8 | | | | 4.688 | 6.131 | 0,8 | 11.449 | 14.229 | 0,8 |
| 1995 | 8.117 | 9.768 | 0,8 | | | | 4.200 | 5.070 | 0,8 | 12.317 | 14.838 | 0,8 |
| 1996 | 9.362 | 10.800 | 0,9 | | | | 4.028 | 5.156 | 0,8 | 13.390 | 15.956 | 0,8 |
| 1997 | 10.403 | 12.260 | 0,8 | 262 | 375 | 0,7 | 4.430 | 4.637 | 1,0 | 15.095 | 17.272 | 0,9 |
| 1998 | 11.834 | 14.093 | 0,8 | 479 | 560 | 0,9 | 4.020 | 5.058 | 0,8 | 16.333 | 19.711 | 0,8 |
| 1999 | 13.058 | 14.963 | 0,9 | 2.351 | 3.123 | 0,8 | 4.372 | 5.357 | 0,8 | 19.781 | 23.443 | 0,8 |
| 2000 | 15.990 | 19.724 | 0,8 | 3.982 | 5.621 | 0,7 | 5.593 | 7.216 | 0,8 | 25.565 | 32.561 | 0,8 |
| 2001 | 18.145 | 21.616 | 0,8 | 4.972 | 6.267 | 0,8 | 6.692 | 7.780 | 0,9 | 29.809 | 35.663 | 0,8 |
| 2002 | 21.041 | 27.389 | 0,8 | 7.298 | 9.879 | 0,7 | 9.267 | 11.838 | 0,8 | 37.606 | 49.106 | 0,8 |
| 2003 | 22.968 | 30.003 | 0,8 | 8.983 | 12.231 | 0,7 | 11.434 | 15.391 | 0,7 | 43.385 | 57.625 | 0,8 |
| 2004 | 28.071 | 37.435 | 0,7 | 10.904 | 14.492 | 0,8 | 12.352 | 17.676 | 0,7 | 51.327 | 69.603 | 0,7 |



A Tabela 15 mostra a relação entre ingressantes/concluintes, conforme categoria administrativa das instituições. A relação foi sempre superior nas instituições públicas em comparação às instituições privadas, mas as diferenças foram marcadamente acentuadas a partir de 1996 e, novamente, a partir de 2002. Em 2004, o percentual de alunos que concluíam o curso em quatro anos era de 82,5% nas instituições públicas e 51,2% nas instituições privadas.

Tabela 15. Número de concluintes, número de ingressantes e relação entre o número de concluintes e de ingressantes quatro anos antes (%) em cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica

| Região | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Norte | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 153 | 145 | 131 | 193 | 204 | 303 | 298 | 211 | 292 | 254 | 303 | 261 | 333 | 472 |
| Ingressantes | 290 | 269 | 279 | 282 | 241 | 300 | 326 | 328 | 462 | 763 | 784 | 1.076 | 1.345 | 1.371 |
| Con/Ing | | | | 66,6 | 75,8 | 108,6 | 105,7 | 87,6 | 97,3 | 77,9 | 92,4 | 56,5 | 43,6 | 60,2 |
| Nordeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 632 | 548 | 436 | 368 | 432 | 471 | 527 | 707 | 717 | 800 | 857 | 1.112 | 1.690 | 1.665 |
| Ingressantes | 1.045 | 1.046 | 983 | 1.307 | 1.190 | 1.241 | 1.532 | 1.523 | 1.683 | 2.145 | 2.258 | 3.311 | 4.185 | 4.637 |
| Con/Ing | | | | 35,2 | 41,3 | 47,9 | 40,3 | 59,4 | 57,8 | 52,2 | 56,3 | 66,1 | 78,8 | 73,7 |
| Sudeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 4.069 | 2.450 | 3.320 | 3.350 | 3.438 | 3.581 | 3.688 | 4.206 | 4.642 | 4.645 | 5.363 | 6.489 | 8.227 | 9.811 |
| Ingressantes | 6.562 | 6.283 | 6.586 | 6.397 | 7.452 | 7.768 | 8.700 | 9.527 | 11.604 | 14.512 | 17.148 | 21.054 | 26.022 | 31.835 |
| Con/Ing | | | | 51,1 | 54,7 | 54,4 | 57,7 | 56,4 | 59,8 | 53,4 | 56,3 | 55,9 | 56,7 | 57,2 |
| Sul | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 1.602 | 1.112 | 1.001 | 1.149 | 1.188 | 1.348 | 1.431 | 1.542 | 1.857 | 1.907 | 2.279 | 2.549 | 3.340 | 3.989 |
| Ingressantes | 2.710 | 2.149 | 2.383 | 2.587 | 2.703 | 3.064 | 3.456 | 3.761 | 4.696 | 6.396 | 7.461 | 9.196 | 8.579 | 9.885 |
| Con/Ing | | | | 42,4 | 55,3 | 56,6 | 55,3 | 57,0 | 60,8 | 55,2 | 60,6 | 54,3 | 52,2 | 53,5 |
| Centro-Oeste | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 361 | 369 | 322 | 315 | 400 | 503 | 536 | 547 | 741 | 710 | 817 | 909 | 970 | 1.353 |
| Ingressantes | 668 | 615 | 678 | 876 | 731 | 1.027 | 1.081 | 1.194 | 1.336 | 1.749 | 2.158 | 2.969 | 3.254 | 3.599 |
| Con/Ing | | | | 47,2 | 65,0 | 74,2 | 61,2 | 74,8 | 72,2 | 65,7 | 68,4 | 68,0 | 55,5 | 62,7 |
| BRASIL | | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 6.817 | 4.624 | 5.210 | 5.375 | 5.662 | 6.206 | 6.480 | 7.213 | 8.249 | 8.316 | 9.619 | 11.320 | 14.560 | 17.290 |
| Ingressantes | 11.275 | 10.362 | 10.909 | 11.449 | 12.317 | 13.390 | 15.095 | 16.333 | 19.781 | 25.565 | 29.809 | 37.606 | 43.385 | 51.327 |
| Con/Ing | | | | 47,7 | 54,6 | 56,9 | 56,6 | 58,6 | 61,6 | 55,1 | 58,9 | 57,2 | 57,0 | 58,0 |



Perfil dos estudantes de Educação Física

A Tabela 16 descreve características dos estudantes de Educação Física do Brasil considerando-se as variáveis demográficas e socioeconômicas. As análises foram estratificadas conforme região geográfica e por ingressantes e concluintes. Observa-se que o número de ingressantes e concluintes do sexo masculino é superior ao sexo feminino, sendo que a maior diferença foi verificada na Região Sudeste e a menor no Centro-Oeste. Na Região Norte, notou-se que entre os ingressantes a proporção de homens foi de 51,9% e entre os concluintes predominaram as mulheres (55,6%).

O maior percentual de estudantes ingressantes com menos de 20 anos de idade foi observado na Região Sul e o menor no Nordeste. O percentual de concluintes com 25 anos de idade ou mais foi maior no Nordeste (64,1%) e o menor no Sudeste (46,4%).

O percentual de estudantes que se declararam negros foi inferior a 10% em todos os estratos. O maior percentual de negros foi observado entre os estudantes ingressantes da Região Nordeste e a menor proporção entre os concluintes da Região Sul. Estes percentuais são bastante inferiores ao percentual de negros na população de cada região (IBGE, 2000).

No que se refere à moradia, 80,3% dos ingressantes moram com os pais ou parentes, enquanto esse percentual foi de 70,2% entre os concluintes. Em termos de renda familiar, 28,9% dos ingressantes e 23,9% dos concluintes eram oriundos de famílias com renda mensal inferior a três salários mínimos. Apenas 18,9% dos ingressantes e 23,3% dos concluintes relataram viver em famílias com renda mensal igual ou superior a 10 salários mínimos. Cerca de 20% dos estudantes (tanto ingressantes quanto concluintes) referiram que os pais concluíram o Ensino Médio.

O percentual de estudantes que trabalha é alto, particularmente entre os concluintes (83,4%), caracterizando um grupo estudantil que acumula duas jornadas (estudo e trabalho). Observou-se nas Regiões Norte e Sudeste a maior proporção de estudantes trabalhadores entre os concluintes (85,4% e 85,2% respectivamente).

Tabela 16. Número de concluintes, número de ingressantes e relação entre o número de concluintes e de ingressantes quatro anos antes (%) em cursos presenciais em Educação Física, por categoria administrativa da instituição

| Ano | Pública | | | Privada | | | Total | | |
|------|-------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|
| | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing |
| 1991 | 2.882 | 4.786 | | 3.935 | 6.489 | | 6.817 | 11.275 | |
| 1992 | 2.063 | 4.571 | | 2.561 | 5.791 | | 4.624 | 10.362 | |
| 1993 | 2.167 | 4.553 | | 3.043 | 6.356 | | 5.210 | 10.909 | |
| 1994 | 2.334 | 4.640 | 48,8 | 3.041 | 6.809 | 46,9 | 5.375 | 11.449 | 47,7 |
| 1995 | 2.612 | 4.236 | 57,1 | 3.050 | 8.081 | 52,7 | 5.662 | 12.317 | 54,6 |
| 1996 | 2.827 | 5.031 | 62,1 | 3.379 | 8.359 | 53,2 | 6.206 | 13.390 | 56,9 |
| 1997 | 2.905 | 5.222 | 62,6 | 3.575 | 9.873 | 52,5 | 6.480 | 15.095 | 56,6 |
| 1998 | 2.872 | 5.420 | 67,8 | 4.341 | 10.913 | 53,7 | 7.213 | 16.333 | 58,6 |
| 1999 | 3.375 | 5.515 | 67,1 | 4.874 | 14.266 | 58,3 | 8.249 | 19.781 | 61,6 |
| 2000 | 3.264 | 6.620 | 62,5 | 5.052 | 18.945 | 51,2 | 8.316 | 25.555 | 55,1 |
| 2001 | 3.492 | 6.467 | 64,4 | 6.127 | 23.342 | 56,1 | 9.619 | 29.809 | 58,9 |
| 2002 | 4.075 | 7.303 | 73,9 | 7.245 | 30.303 | 50,8 | 11.320 | 37.606 | 57,2 |
| 2003 | 5.228 | 7.904 | 79,0 | 9.332 | 35.481 | 49,3 | 14.560 | 43.385 | 57,0 |
| 2004 | 5.334 | 8.510 | 82,5 | 11.956 | 42.817 | 51,2 | 17.290 | 51.327 | 58,0 |

Tabela 17 descreve aspectos da vida acadêmica de ingressantes e concluintes em cursos de Educação Física nas regiões do Brasil. No Norte e Nordeste, cerca de 80% dos alunos não recebem qualquer tipo de financiamento, enquanto esse percentual é de cerca de 60-70% nas demais regiões. Este dado é preocupante, visto que as duas regiões menos favorecidas em termos de bolsas estudantis são exatamente as que apresentam piores indicadores econômicos e sociais no País.

Com relação ao tipo de escola que os estudantes cursaram no Ensino Médio, os dados revelaram que 50 a 55% dos estudantes cursaram todo o período em escolas públicas. Na Região Nordeste destaca-se a elevada proporção de estudantes ingressantes (53,7%) e concluintes (47,2%) que cursaram todo o Ensino Médio em escola privada.

Os dados sugerem que, tanto entre os estudantes ingressantes quanto entre os concluintes, o domínio de línguas estrangeiras (inglês e espanhol) é praticamente nulo. Esse resultado deve ser interpretado com preocupação, pois apesar de não ser prioridade ensinar inglês no Ensino Superior, por outro lado, seria interessante que os estudantes fossem aptos a ler textos e artigos científicos na língua inglesa, onde a produção do conhecimento em algumas áreas da Educação Física é predominante.

Nas Regiões Norte e Nordeste, os estudantes concluintes, em comparação aos ingressantes, apresentam menor frequência de utilização da biblioteca, e 6,4% dos ingressantes e 13,1% dos concluintes do Nordeste relataram que sua instituição não possuía biblioteca. Nas demais regiões, os concluintes apresentaram frequência de uso da biblioteca discretamente superior em comparação aos ingressantes. Além disso, cerca de um a cada quatro estudantes de Educação Física do Brasil relataram que nunca/raramente utilizam a biblioteca da instituição. Tais dados indicam que os professores de Ensino Superior brasileiro devem viabilizar mecanismos que estimulem os alunos a utilizarem com mais frequência as bibliotecas das instituições.

No que se refere ao número de horas semanais dedicadas aos estudos, cerca de 11-12% dos ingressantes e concluintes relataram não dedicar nenhuma hora por semana fora do horário de aula aos estudos. A proporção de estudantes que relatou dedicar três ou mais horas semanais aos estudos foi maior na Região Nordeste e menor na Região Sudeste.

Das atividades acadêmicas desenvolvidas durante o curso, as atividades de pesquisa foram aquelas que envolveram maior proporção de estudantes ingressantes e concluintes, independentemente da região geográfica, ao passo que as monitorias proporcionaram menor envolvimento. Destaca-se que cerca de um terço dos estudantes concluintes não se envolveu nem com pesquisa, nem com monitoria e nem com atividades de extensão ao longo do curso. Além disso, pelo menos um em cada dois estudantes concluintes relatou não ter participado de projetos de pesquisa.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Tabela 17. Número de concluintes, número de ingressantes e relação entre o número de concluintes e de ingressantes quatro anos antes (%) em cursos presenciais em Educação Física, por organização acadêmica da instituição

| Ano | Universidades | | | Centros Universitários | | | Faculdades | | | Total | | |
|------|---------------|--------------|---------|------------------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|
| | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing | Concluintes | Ingressantes | Con/Ing |
| 1991 | 3.304 | 5.509 | | | | | 3.513 | 5.766 | | 6.817 | 11.275 | |
| 1992 | 2.791 | 5.530 | | | | 1.833 | 4.832 | | 4.624 | 10.362 | | |
| 1993 | 2.741 | 5.909 | | | | 2.469 | 5.000 | | 5.210 | 10.909 | | |
| 1994 | 3.132 | 6.761 | 56,9 | | | 2.243 | 4.688 | 38,9 | 5.375 | 11.449 | 47,7 | |
| 1995 | 3.377 | 8.117 | 61,1 | | | 2.285 | 4.200 | 47,3 | 5.662 | 12.317 | 54,6 | |
| 1996 | 4.092 | 9.362 | 69,3 | | | 2.114 | 4.028 | 42,3 | 6.206 | 13.390 | 56,9 | |
| 1997 | 4.219 | 10.403 | 62,4 | 183 | 262 | 2.078 | 4.430 | 44,3 | 6.480 | 15.095 | 56,6 | |
| 1998 | 4.931 | 11.834 | 60,7 | 396 | 479 | 1.886 | 4.020 | 44,9 | 7.213 | 16.333 | 58,6 | |
| 1999 | 6.016 | 13.058 | 64,3 | 475 | 2.351 | 1.758 | 4.372 | 43,6 | 8.249 | 19.781 | 61,6 | |
| 2000 | 5.867 | 15.990 | 56,4 | 528 | 3.982 | 201,5 | 5.593 | 43,4 | 8.316 | 25.565 | 55,1 | |
| 2001 | 6.835 | 18.145 | 57,8 | 754 | 4.972 | 157,4 | 6.692 | 50,5 | 9.619 | 29.809 | 58,9 | |
| 2002 | 7.866 | 21.041 | 60,2 | 1.297 | 7.298 | 55,2 | 9.267 | 49,3 | 11.320 | 37.606 | 57,2 | |
| 2003 | 9.620 | 22.968 | 60,2 | 2.017 | 8.983 | 50,7 | 11.434 | 52,3 | 14.560 | 43.385 | 57,0 | |
| 2004 | 10.824 | 28.071 | 59,7 | 3.062 | 10.904 | 61,6 | 12.352 | 50,9 | 17.290 | 51.327 | 58,0 | |



A Tabela 18 apresenta dados de inclusão digital entre estudantes de Educação Física do Brasil. Entre os ingressantes, o percentual de estudantes que nunca/raramente utiliza o computador foi maior na Região Norte (26,5%) e menor na Região Centro-Oeste (18%). Já entre os estudantes concluintes, variou de 13,9% na Região Sul a 30,6% na Região Nordeste. O percentual de estudantes com acesso à Internet variou de 80,9%, entre os ingressantes da Região Norte, a 93,6% entre os concluintes da Região Sul.

A porcentagem de estudantes de Educação Física que informou utilizar computador em casa foi de 60,6% entre os ingressantes e 69,1% entre os concluintes. Destaca-se que os maiores percentuais foram encontrados entre os estudantes ingressantes e concluintes nas Regiões Sul e Sudeste. A proporção de estudantes que relatou utilizar computadores na instituição de ensino é maior entre os ingressantes do que entre os concluintes, independentemente da região geográfica. Quase a totalidade dos estudantes que afirmaram utilizar computadores o fazem para realização de trabalhos acadêmicos. Quando questionados sobre o conhecimento global em informática, 81,8% dos ingressantes e 80,4% dos concluintes classificaram seu conhecimento em informática como muito bom ou bom.

Tabela 18. Caracterização sócio-demográfica dos estudantes ingressantes (ING) e concluintes (CON) dos cursos presenciais em Educação Física, por região geográfica

| Variável | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro-oeste | | Brasil | |
|---|-------|------|----------|------|---------|------|------|------|--------------|------|--------|------|
| | Ing | Con | Ing | Con | Ing | Con | Ing | Con | Ing | Con | Ing | Con |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 51,9 | 44,4 | 56,8 | 50,2 | 58,8 | 57,0 | 51,3 | 51,0 | 49,7 | 52,4 | 56,4 | 54,3 |
| Feminino | 48,1 | 55,6 | 43,2 | 49,8 | 41,2 | 43,0 | 48,7 | 49,0 | 50,3 | 47,6 | 43,6 | 45,7 |
| Idade (anos) | | | | | | | | | | | | |
| < 20 | 23,5 | 0,0 | 15,7 | 0,9 | 24,7 | 0,0 | 31,7 | 0,1 | 26,2 | 0,4 | 25,5 | 0,1 |
| 20-24 | 42,7 | 36,8 | 54,0 | 35,0 | 49,3 | 53,6 | 46,7 | 51,6 | 46,4 | 47,8 | 48,8 | 50,7 |
| ≥ 25 | 33,8 | 63,2 | 30,3 | 64,1 | 25,9 | 46,4 | 21,6 | 48,3 | 27,5 | 51,8 | 25,6 | 49,2 |
| Etnia (auto-relato) | | | | | | | | | | | | |
| Branco | 37,2 | 36,3 | 45,4 | 44,0 | 69,0 | 74,7 | 84,7 | 87,1 | 56,6 | 63,1 | 69,0 | 72,9 |
| Negro | 6,8 | 5,1 | 9,5 | 7,5 | 7,1 | 5,0 | 3,8 | 2,6 | 7,2 | 4,8 | 6,6 | 4,6 |
| Pardo | 51,4 | 54,9 | 42,1 | 44,7 | 21,6 | 17,4 | 8,8 | 8,4 | 32,6 | 28,7 | 21,9 | 19,6 |
| Amarelo / Indígena | 4,6 | 3,7 | 3,0 | 3,8 | 2,3 | 3,0 | 2,6 | 2,0 | 3,6 | 3,3 | 2,6 | 2,8 |
| Moradia | | | | | | | | | | | | |
| Com pais / parentes | 68,7 | 55,0 | 78,0 | 62,7 | 82,9 | 75,6 | 76,9 | 66,7 | 72,5 | 62,6 | 80,3 | 70,9 |
| Com esposo / filhos | 14,6 | 34,5 | 12,7 | 25,2 | 9,8 | 15,0 | 11,2 | 20,0 | 15,1 | 21,0 | 10,8 | 18,0 |
| Outros | 16,7 | 10,5 | 9,3 | 12,1 | 7,3 | 9,4 | 11,9 | 13,3 | 12,4 | 16,4 | 8,9 | 11,1 |
| Renda familiar mensal | | | | | | | | | | | | |
| < 3 salários mínimos | 39,0 | 36,5 | 32,0 | 36,6 | 26,9 | 20,4 | 30,9 | 23,8 | 34,5 | 31,7 | 28,9 | 23,9 |
| 3-10 salários mínimos | 44,1 | 47,9 | 48,3 | 45,5 | 53,5 | 54,6 | 53,1 | 53,4 | 45,2 | 46,9 | 52,3 | 52,8 |
| > 10 salários mínimos | 16,9 | 15,5 | 19,7 | 17,9 | 19,6 | 25,0 | 16,0 | 22,8 | 20,2 | 21,4 | 18,9 | 23,3 |
| Escolaridade paterna | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 9,3 | 7,7 | 5,0 | 8,6 | 3,3 | 3,3 | 2,5 | 2,4 | 3,9 | 4,5 | 3,4 | 3,8 |
| Ensino fundamental (1ª-4ª série) | 24,5 | 33,4 | 16,7 | 28,4 | 24,5 | 24,2 | 24,8 | 27,6 | 23,6 | 27,5 | 23,9 | 25,9 |
| Ensino fundamental (5ª-8ª série) | 20,1 | 22,2 | 14,1 | 12,6 | 19,4 | 17,6 | 22,2 | 19,1 | 18,7 | 21,1 | 19,5 | 17,9 |
| Ensino médio | 33,0 | 22,6 | 36,4 | 28,9 | 32,1 | 29,7 | 31,4 | 27,7 | 31,8 | 28,2 | 32,3 | 28,8 |
| Ensino superior | 13,1 | 14,1 | 27,8 | 21,5 | 20,8 | 25,2 | 19,1 | 23,2 | 21,9 | 18,6 | 20,9 | 23,6 |
| Escolaridade materna | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 7,5 | 7,8 | 2,9 | 7,8 | 2,7 | 2,9 | 2,2 | 2,9 | 2,4 | 4,1 | 2,7 | 3,6 |
| Ensino fundamental (1ª-4ª série) | 18,8 | 28,7 | 13,9 | 21,1 | 21,5 | 22,2 | 20,9 | 24,6 | 20,9 | 22,1 | 20,7 | 22,9 |
| Ensino fundamental (5ª-8ª série) | 17,3 | 15,2 | 13,9 | 12,4 | 19,6 | 18,9 | 22,4 | 17,7 | 18,8 | 17,8 | 19,6 | 17,9 |
| Ensino médio | 37,1 | 31,1 | 35,9 | 33,9 | 33,8 | 32,1 | 32,9 | 30,5 | 31,3 | 31,0 | 33,7 | 31,8 |
| Ensino superior | 19,4 | 17,2 | 33,4 | 24,8 | 22,4 | 23,8 | 21,6 | 24,2 | 26,6 | 25,0 | 23,3 | 23,9 |
| Situação ocupacional | | | | | | | | | | | | |
| Não trabalha / sustentado pelos pais | 43,8 | 14,6 | 50,1 | 20,1 | 37,8 | 14,8 | 36,4 | 17,9 | 44,0 | 22,9 | 38,9 | 16,6 |
| Trabalha / ajudado pela família | 26,5 | 30,2 | 28,1 | 41,6 | 36,1 | 53,2 | 39,4 | 49,1 | 30,4 | 40,9 | 35,6 | 49,6 |
| Trabalha / auto-sustentado | 7,4 | 15,2 | 6,2 | 12,1 | 8,7 | 12,8 | 9,5 | 13,7 | 9,2 | 12,6 | 8,7 | 13,0 |
| Trabalha / contribui com o sustento da família | 17,0 | 28,5 | 11,3 | 20,6 | 13,7 | 14,8 | 12,4 | 14,4 | 13,0 | 19,2 | 13,3 | 16,0 |
| Trabalha / principal responsável pelo sustento da família | 5,4 | 11,5 | 4,3 | 5,7 | 3,7 | 4,3 | 2,4 | 4,9 | 3,4 | 4,5 | 3,5 | 4,8 |



Tendências, perspectivas e desafios

As evidências que emergiram dos resultados apresentados nas seções anteriores apontam para a expansão desordenada da oferta de cursos e vagas nas diferentes regiões brasileiras a partir do ano de 1999. Esta tendência se configurou pelo aumento expressivo de cursos presenciais de Educação Física nas Regiões Sul e Sudeste, mesmo após ajustamento para a densidade populacional das regiões brasileiras, particularmente em decorrência dos investimentos de instituições privadas.

Apesar do aumento na demanda por vagas, os dados indicam também um aumento na proporção de vagas não preenchidas, principalmente na Região Norte e nas instituições privadas.

Enquanto a relação entre o número de concluintes e ingressantes (fluxo de estudantes) apresentou tendência de melhoria nas instituições públicas, nas instituições privadas o cenário permaneceu quase inalterado. Os dados indicam que somente a metade dos ingressantes em instituições privadas conclui o curso em até quatro anos.

Os estudantes de Educação Física são, em sua maioria, jovens que vivem em famílias, cuja renda mensal é inferior a dez salários mínimos. Embora dependam financeiramente de suas famílias, os estudantes trabalham, acumulando dupla jornada (estudo/trabalho).

As novas diretrizes curriculares contemplam a necessidade de formação de recursos humanos em Educação Física para intervenção profissional na área da saúde. Em decorrência disto, a maioria das instituições de ensino superior se encontra envolvida em um amplo processo de reformulação curricular que, num futuro próximo, acredita-se promoverá melhorias substanciais na formação, permitindo uma maior integração do profissional de Educação Física às ações do Sistema Único de Saúde.

Embora a Educação Física seja uma das áreas da saúde com maior número de cursos de formação inicial, há necessidade de implementação de um plano estratégico a fim de garantir a sua oferta em todas as unidades da federação, além de minimizar as desigualdades regionais já mencionadas.

Estas tendências geram desafios e perspectivas a serem superados, notadamente ao se ultrapassar o paradigma da quantidade da oferta em favor de um modelo que priorize a qualidade da formação. Além disso, há necessidade de que sejam ampliadas as possibilidades de intervenção articulada dos profissionais de Educação Física aos demais profissionais da área de saúde e criar, no Sistema Único de Saúde, oportunidades para intervenção do profissional de Educação Física em programas de atenção e promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Referência bibliográfica

AZEVEDO, A. C. B. e MALINA, A. Memória do currículo de formação profissional em educação física no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, v. 25, n° 2, janeiro de 2004, p. 129-42.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n° 5.540, 1968.

_____. Conselho Federal de Educação. Decreto-lei n° 1.212, 1939.

_____. Conselho Federal de Educação. Decreto-lei n° 8.270, 1945.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer n° 292, 1962.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer n° 627, 1969.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer n° 894, 1969.

_____. Conselho Federal de Educação. Resolução n° 69, 1969.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer n° 215, 1987.

_____. Conselho Federal de Educação. Resolução n° 03, 1987.

_____. Conselho Federal de Educação Física. Resolução n° 046, 2002.

_____. Conselho Federal de Educação Física. Resolução n° 090, 2004.

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer n° 776, 1997.

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer n° 09, 2001.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução n° 01, 2002.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução n° 02, 2002.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução n° 07, 2004.

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer n° 58, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 218, 1997.



_____. Decreto nº 4.855, 1931.

_____. Decreto nº 23.252, 1933.

_____. Lei nº 4.024, 1961.

_____. Lei nº 9.394, 1996.

_____. Lei nº 9.696, 1998.

DACOSTA, L.P. **Formação profissional em educação física, esporte e lazer no Brasil: memória, diagnóstico e perspectivas.** Blumenau: Editora da FURB, 1999.

GUEDES, D. P. Educação física com ênfase à educação para a saúde. In: **Anais do V Simpósio Nordestino de Atividade Física e Saúde.** Aracaju, 2003, p.31-2.

GUEDES, D. P. Atuação do profissional de Educação Física no campo da saúde. **Revista Olho Mágico.** Londrina, 2003b, v. 10, nº. 4, p. 43-50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2000 – resultados da amostra.** Rio de Janeiro RJ, IBGE, 2000.

MARINHO, I. P. **História geral da educação física.** São Paulo: Brasil, 1980.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida.** Londrina: Midiograf, 2003.

NASCIMENTO, J.V. **Formação profissional em educação física: contextos de desenvolvimento curricular.** Montes Claros: Editora da Unimontes, 2002.

SOUZA NETO, S.; ALEGRE, A. de N.; HUNGER, D.; PEREIRA, J. M. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte,** Campinas, Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, v. 25, nº 2, janeiro de 2004, p. 113-28.

SORIANO, J.B. **A construção da intervenção profissional em educação física: interações entre o conhecimento formalizado e a noção de competência.** Tese de Doutorado. UNICAMP, Faculdade de Educação Física, Campinas, 2003.

TOJAL, J.B.A.G. **o mercado de trabalho profissional de educação física: um estudo das necessidades e possibilidades.** In: **Anais do V Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa.** Coimbra, 1995.

Elizabeth Teixeira

Doutora, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará-PA.

Eucléa Gomes Vale

Doutoranda em Enfermagem na UFC, Professora da Faculdade Católica Rainha do Sertão-CE.

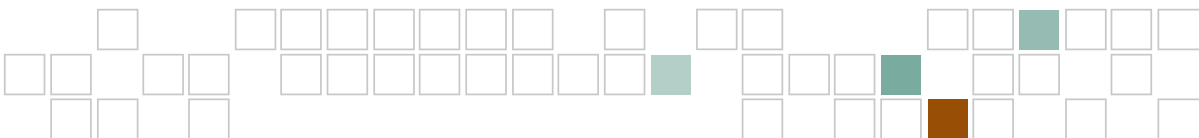
Josicelia Dumêt Fernandes

Doutora, Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-BA.

Mara Regina Lemes de Sordi

Doutora, Professora da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas-SP.

ENFERMAGEM
ENFERMAGEM



Introdução

Conhecer a realidade da educação em Enfermagem, sua trajetória, tendências e as contradições que a perpassam é decisivo para propor mudanças. Mas exige apropriação qualificada, matizada pela reflexão das conseqüências éticas destas tendências.

Nesse entendimento, foram tomadas como base referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, documentos emanados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC), dados do Censo da Educação Superior e do ENADE.

Os dados do ENADE constituem um dos indicadores de qualidade dos cursos de graduação. Os dados do Censo da Educação Superior possibilitam compreender a situação dos cursos no País, com seus desequilíbrios regionais, permitindo levar em conta estes cenários na interpretação dos resultados do exame. Os dados do questionário do ENADE, respondido pelos ingressantes e concluintes dos cursos de graduação, tentam capturar seu perfil sócio-cultural-econômico para definir um tratamento adequado dos cursos frente a estas variáveis.

Os indicadores adotados para fins de análise foram: cursos, candidatos, vagas, ingressantes e concluintes, segundo regiões e categorias administrativas das IES fornecidos pelo Censo da Educação Superior e Relatório do ENADE-2004. O período de abrangência do estudo foi de 1991 a 2004.

Trajетória da educação em Enfermagem no Brasil

A primeira tentativa de sistematização do ensino de Enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, quando da criação, na cidade do Rio de Janeiro, da Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospício Nacional de Alienados, com a finalidade de preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares.

Essa tentativa emergiu de um processo político que, ultrapassando as fronteiras do Hospício Nacional de Alienados, pôs em confronto o poder da Igreja, o poder do Estado e a classe médica.

Por volta de 1901, foi criado, sob a orientação de enfermeiras inglesas, um outro curso, no então Hospital Evangélico (hoje Hospital Samaritano), em São Paulo. Esse curso foi criado com o objetivo de preparar pessoal para o referido hospital que se destinava ao atendimento de estrangeiros residentes no Brasil.



Com as repercussões da Primeira Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira deu início, por volta de 1916, na cidade do Rio de Janeiro, a um curso de Enfermagem (Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha), com a finalidade de preparar voluntários para as emergências de guerra.

Esses cursos foram criados para atender às necessidades emergenciais de cada momento histórico, sem, contudo, atenderem aos padrões da Enfermagem moderna, semelhantes aos que, em 1860, já havia sido estabelecido em Londres, por Florence Nightingale.

Durante o predomínio do modelo econômico agrário-exportador, não havia, por parte do Estado, uma política explícita que indicasse uma preocupação com a saúde da população e, conseqüentemente, com mão de obra de Enfermagem qualificada.

A problemática da saúde pública, configurada na crise econômica da década de 20, demandou novas e amplas respostas do Estado que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública e, posteriormente, em 1923, a Escola de Enfermeiras desse mesmo departamento. Essa escola, que mais tarde passou a chamar-se Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, foi criada dentro dos moldes “nightingalianos”, daí ser considerada a primeira escola de Enfermagem moderna do País.

A emergência do ensino de Enfermagem moderna em nosso país coincide, pois, com o momento em que surgem os primeiros traços de uma política de saúde por parte do Estado, ou seja, com o momento em que a questão da saúde ganha uma nova dimensão, passando a ser uma das atribuições do Estado.

O processo de reorganização econômico-política, a partir da década de 30, evidencia a necessidade de uma força de trabalho qualificada e com saúde. No bojo desse processo, começou a evolução dos cursos de Enfermagem moderna no País. Essa evolução, contudo, só é acionada na década de 40, com a aceleração do processo de substituição das importações e fortalecimento do processo de industrialização.

Nesse contexto, e atendendo à lógica de produção de serviços de saúde, o Estado, através da Lei nº 775 de 6 de agosto de 1949, propõe a ampliação do número de escolas, tomando obrigatória a existência do ensino de Enfermagem em toda universidade ou sede de faculdades de medicina, além de definir um ensino voltado para a área hospitalar, centrado no modelo clínico e com aderência ao mercado de trabalho à época.

O ensino de Enfermagem, destarte, apesar de ter sido institucionalizado em 1923, sob a influência do sanitarismo, só a partir do desenvolvimento industrial e modernização dos hospitais é que se consolida. A institucionalização do ensino de Enfermagem no Brasil, portanto, está inserida num contexto que ganha suas amplas dimensões quando remetida aos problemas de organização e funcionamento da sociedade e do Estado.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Em 1968, por meio da Reforma Universitária, apregoa-se a ampliação do número de vagas e a modernização do Ensino Superior, além da conseqüente necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos.

Como integrante do aparelho universitário, o ensino de Enfermagem seguiu as determinações da Reforma Universitária, que, em síntese, estavam dirigidas para a formação de maior número de profissionais e reestruturação de um novo currículo mínimo, formalizada pelo Parecer nº 163/72 e Resolução 4/72 do então Conselho Federal de Educação. Um currículo voltado para o modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, marcado por uma visão tecnicista da saúde, dificultando a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Com o processo de redemocratização do País, a partir da década de 80, dois marcos merecem ser destacados: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e a promulgação da Constituição em 1988, pois se constituíram em expressão de um processo de luta de diferentes atores da sociedade por ampliação de direitos sociais.

A Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, como um dos atores engajados nesse processo de luta, desencadeia um amplo debate por meio dos Seminários Nacionais e Regionais sobre “Perfil e Competência de Enfermeiros” e “Proposta de Currículos Mínimos de Enfermagem”, mobilizando docentes, discentes e profissionais dos serviços, objetivando a construção coletiva de um projeto educacional para a Enfermagem brasileira. A troca de experiências e a riqueza das discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer nº 314/94 do então Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria nº 1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994.

Ademais, a ABEn, mantendo-se vigilante ao desenvolvimento do ensino de Enfermagem no País, cria, a partir de 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADens que trouxeram contribuições significativas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, além de constituírem espaços para aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em Enfermagem.

Em 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, abrindo espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, para a expansão de cursos e vagas na educação superior, além de direcionar a construção de Diretrizes Curriculares para cada Curso de Graduação.

A partir da LDB/96, concretizou-se, em 7 de agosto de 2001, o Parecer nº 1.133 do CNE/CES, que veio reforçar a necessidade da articulação entre Educação Superior

e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Após esse parecer, foi aprovada a Resolução CNE/CES Nº 03 de 7 de novembro de 2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem – DCENF.

As DCENF adquiriram materialidade a partir de propostas que emergiram da mobilização das(os) enfermeiras(os), por meio da sua associação de classe, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde. Elas expressam os conceitos originários dos movimentos por mudanças na educação em Enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde – SUS. Elas devem ser apreendidas, destarte, como produto de uma construção social e histórica, trazendo, no seu conteúdo, os posicionamentos da Enfermagem brasileira como ponto de partida para as mudanças necessárias à formação da(o) enfermeira(o) e como referência para que as escolas/cursos, no uso de sua autonomia, construam, coletivamente, seus projetos pedagógicos, respeitando as especificidades regionais, locais e institucionais.

A implantação/implementação das DCENF implica um grande desafio, que é o de formar enfermeiras(os) com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-as(os) para intervirem em contextos de incertezas e complexidade.

Tendências dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil

Até 1947 foram criados, no Brasil, 16 cursos de Enfermagem. No período de 1947 a 1964 foram criados mais 23 cursos, ou seja, um crescimento de 43,75% em 17 anos.

Esse crescimento foi mais acentuado a partir do final da década de 1960, quando se dá a expansão do ensino de Enfermagem no País. Assim é que se em 1964 existiam 39 cursos, em 1991 passaram a existir 106 cursos, ou seja, uma expansão de 171%.

De acordo com os dados disponibilizados pelo MEC/Inep/Deaes, em 1991 existiam 106 cursos de graduação em Enfermagem. Em 2004 esse número passou para 415, o que significa um incremento de 291,5%. Essa expansão foi mais forte a



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

partir da LDB/96, pois de 1991 até 1996 foram criados apenas cinco cursos, ou seja, um incremento de 4,71%, enquanto que de 1996 a 2004, foram criados 304 cursos, indicando uma expansão de 286,79%.

Essa expansão, contudo, não se deu de maneira uniforme. Ocorreu, predominantemente, na Região Sudeste, passando de 50 cursos em 1991 para 220, em 2004, ou seja, um crescimento de 340%, seguida da Região Sul que passou de 21 cursos, em 1991, para 84, em 2004, o que significa uma expansão de 300%. Devido ao aumento do número de cursos na Região Centro-Oeste, de 5, em 1991, para 29, em 2004, essa região apresentou maior participação proporcional de crescimento de cursos.

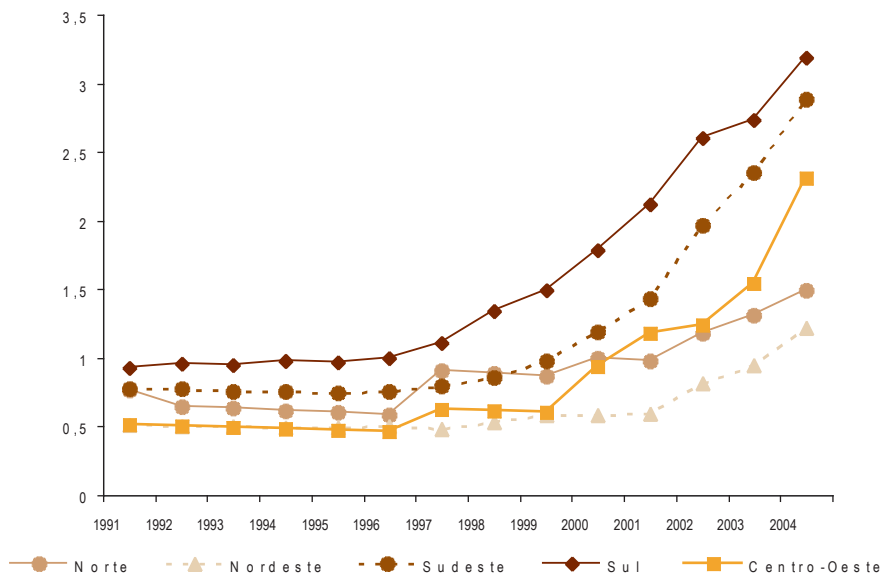
Tabela 1. Oferta de cursos de graduação em Enfermagem por região geográfica, 1991 – 2004

| REGIÕES | TOTAL EM 1991 | TOTAL EM 2004 | Δ % |
|--------------|---------------|---------------|--------------|
| Centro-Oeste | 5 | 29 | 480,0 |
| Sudeste | 50 | 220 | 340,0 |
| Sul | 21 | 84 | 300,0 |
| Nordeste | 22 | 61 | 177,3 |
| Norte | 8 | 21 | 162,5 |
| TOTAL | 106 | 415 | 291,5 |

Essas desigualdades regionais refletem o desenvolvimento industrial das Regiões Sudeste e Sul, que, por sua vez, induzem à demanda por serviços qualificados.

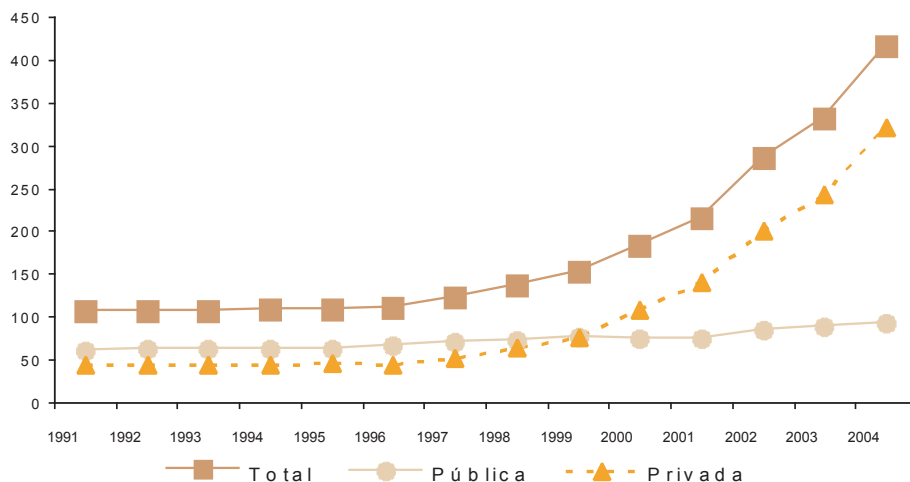
Vale destacar, ainda, que a desigualdade na oferta de cursos se faz presente não apenas entre as regiões, mas também no interior das mesmas, ou seja, dos 220 cursos existentes na Região Sudeste, 109 (49,54%) estão no Estado de São Paulo. Por outro lado, observa-se uma enorme concentração de investimentos públicos onde a capacidade instalada de recursos humanos qualificados e de infra-estrutura pré-existentes já é consideravelmente elevada. Onde existe o maior PIB ou maior número de cursos, o valor dos investimentos absolutos tem sido proporcionalmente maior.

Gráfico 1. Número de cursos de graduação em Enfermagem por milhão de habitantes, por região geográfica, 1991 – 2004



O Gráfico 1 revela que o aumento de cursos em todas as regiões do País melhorou a relação oferta de cursos por um milhão de habitantes, com destaque para as Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Esse dado reclama por uma análise qualitativa que considere alguns fatores como: necessidades de saúde da população, relação enfermeiro por habitante, quantitativo atingido e atendimento das necessidades de sustentação do modelo de atenção à saúde vigente no País, respeitando os parâmetros de dimensionamento de pessoal de Enfermagem e as prerrogativas da lei do exercício profissional, produzindo impacto nos indicadores de saúde. Destaca-se que não basta ampliar os números de cursos/vagas sem o simultâneo investimento na expansão e adequação dos serviços, com vistas à inserção do profissional nesse mercado de trabalho. O crescimento do número de cursos/vagas merece um efetivo sistema de regulação, baseado na avaliação, por parte do Estado, sobre as condições de ensino, ou seja, a infra-estrutura, a política de recursos humanos e a organização didático-pedagógica, tanto na rede pública como na privada.

Gráfico 2. Oferta de cursos de graduação em Enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004



Além da desigualdade regional na oferta de cursos, observa-se, também, um desequilíbrio na distribuição dos cursos por categoria administrativa. Conforme ilustrado no Gráfico 2, o crescimento dos cursos da rede pública foi menor do que os da rede privada. Os cursos da rede pública passaram de 61 em 1991, para 93 em 2004, representando um incremento na ordem de 52,45%, enquanto que nos cursos da rede privada esse incremento foi de 615,55%, ou seja, passaram de 45 para 322.

Esse desequilíbrio entre os cursos da rede pública e rede privada expressa a premissa mercadológica da educação superior que valorizou o mercado econômico como elemento fundamental na criação de novos cursos e instituições.

Vale salientar que esse crescimento da rede privada tornou-se mais acentuado, a partir de 1997. Se em 1996 existiam 45 cursos da rede privada, em 2004 esse número passou para 322, ou seja, um incremento de 837,77%. Esse incremento encontra respaldo na autonomia dada às instituições de ensino superior e na flexibilização dos currículos em decorrência da LDB, a partir de 1996.

A oferta de vagas oferecidas nos cursos manteve a mesma dinâmica da distribuição de cursos. Em 1991 existiam 7.460 vagas, passando para 70.400 em 2004, revelando um incremento de 843,7%. Esse, por sua vez, se deu principalmente,

a partir da aprovação da LDB/96, ou seja, se no período de 1991 a 1996, o aumento foi de 11,03%, no período de 1996 a 2004 o incremento foi de 749,93%.

Mais uma vez, a região responsável por essa ampliação foi a Região Sudeste que passou de 3.785 vagas, em 1991, para 47.301 em 2004, revelando uma expansão de 1.149,7%, conforme ilustrado na Tabela 2.

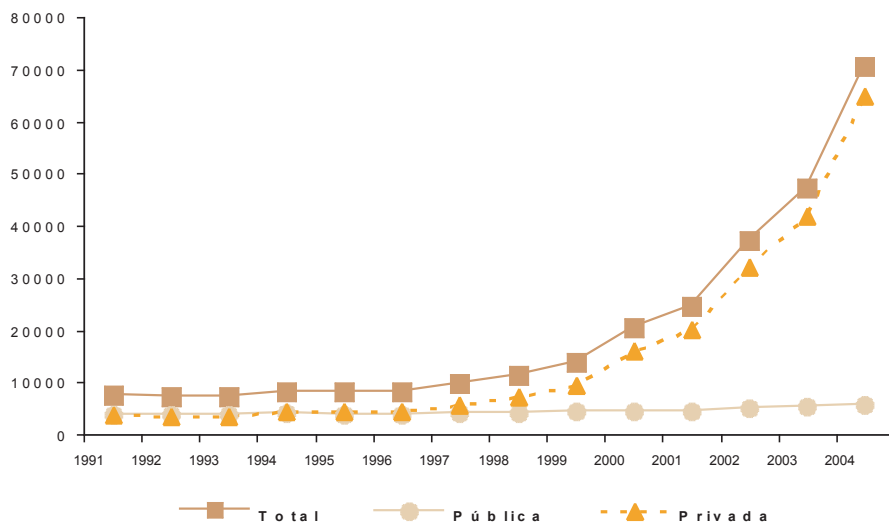
Tabela 2. Vagas de cursos de graduação em Enfermagem por região geográfica, 1991 – 2004

| REGIÕES | VAGAS 1991 | VAGAS 2004 | Δ % |
|--------------|---------------|---------------|--------------|
| Centro-Oeste | 294 | 4.709 | 1501,7 |
| Sudeste | 3.785 | 47.301 | 1149,7 |
| Sul | 1.450 | 8.146 | 461,8 |
| Nordeste | 1.501 | 7.824 | 421,3 |
| Norte | 430 | 2.420 | 462,8 |
| TOTAL | 7.460 | 70.400 | 843,7 |

O maior crescimento da oferta de vagas na Região Sudeste se deu no Estado São Paulo, que passou de 2.120 vagas em 1991 para 26.907 em 2004, revelando a desigualdade inter e intra-regional.

Seguindo essa mesma dinâmica, observa-se, no Gráfico 3, que a oferta de vagas por categoria administrativa passou de 3.835, em 1991 para 5.597, em 2004, na rede pública, tendo um incremento de 45,99%. Na rede privada, esse crescimento foi de 3.625, em 1991 para 64.803, em 2004, o que revela um incremento de 1.687,66%.

Gráfico 3. Número de vagas nos cursos de graduação em Enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004



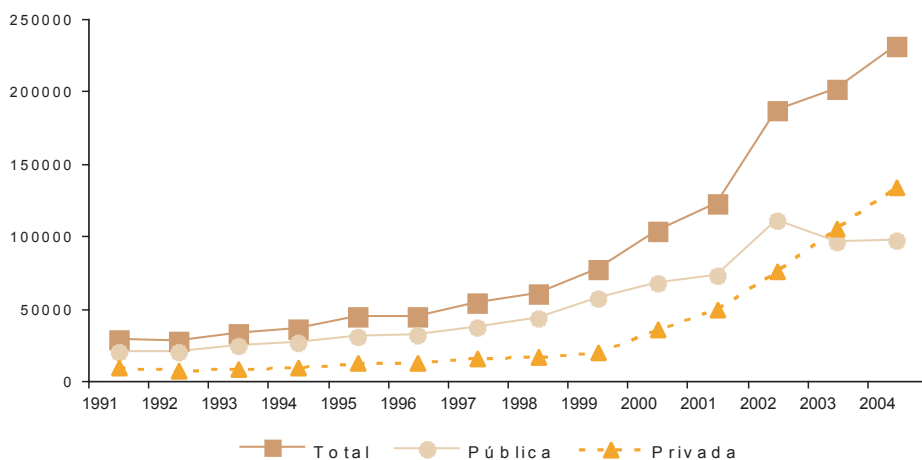
A Tabela 3 evidencia a mesma dinâmica dos desequilíbrios regionais, apontando a Região Sudeste como a de maior número de candidatos a cursos de graduação em Enfermagem, no período estudado.

Tabela 3. Candidatos para cursos de graduação em Enfermagem por região geográfica, 1991 – 2004

| REGIÕES | CANDIDATOS 1991 | CANDIDATOS 2004 | Δ % |
|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Centro-Oeste | 1.497 | 17.004 | 1035,9 |
| Sudeste | 11.139 | 113.459 | 918,6 |
| Sul | 3.946 | 22.707 | 475,4 |
| Nordeste | 9.342 | 57.913 | 519,9 |
| Norte | 3.071 | 19.597 | 538,1 |
| TOTAL | 28.995 | 230.680 | 695,6 |

O número de candidatos para cursos de graduação, também, além de ter tido maior crescimento na Região Sudeste, teve maior expansão na rede privada, que apresentou um incremento de 1.342,47%, conforme ilustrado no Gráfico 4.

Gráfico 4. Inscritos para o processo seletivo nos cursos de graduação em Enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004



Por meio dos Gráficos 5 e 6, pode-se observar que, se por um lado o acesso aos cursos de Enfermagem apresentou importante crescimento, em termos dos ingressantes, concentrado nitidamente na iniciativa privada (684,9%), o número de concluintes, no período estudado revela uma queda nos indicadores. Cabe interrogar as razões de tal fenômeno e seu significado para a definição de políticas públicas, visto que a perda numérica é expressiva, também, na rede pública. Se no sistema privado poderia ser atribuída alguma responsabilidade à variável socioeconômica, o que o dado poderia representar nas escolas públicas? O que se pode afirmar é que essa realidade indica que a capacidade instalada está subaproveitada, podendo repercutir negativamente no plano social, ou seja, o número de vagas oferecido não é plenamente utilizado. Esse resultado nos faz pensar que o investimento no âmbito da graduação em Enfermagem pode não estar repercutindo, necessariamente, em retorno proporcional às necessidades de saúde da população.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Gráfico 5. Número de ingressantes nos cursos de graduação em Enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004

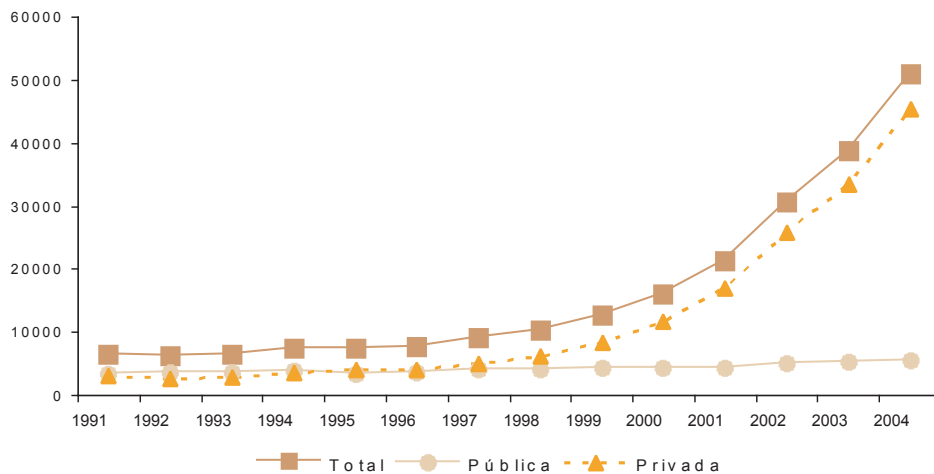
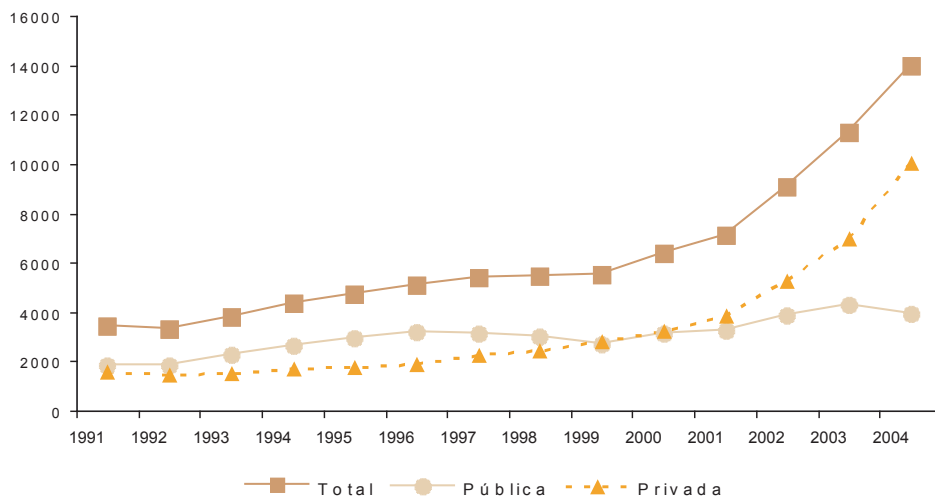


Gráfico 6. Número de concluintes nos cursos de graduação em Enfermagem por categoria administrativa, 1991 – 2004





Perfil do estudante de Enfermagem – ENADE-2004

O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE é uma das modalidades de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, e tem como objetivos: aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão.

O ENADE-2004 envolveu 352 cursos de Enfermagem, dos quais 52,8% encontravam-se na Região Sudeste, 77,8% na rede privada, 54,8% em universidades e 25% dos cursos, localizados no Estado de SP.

Participaram do exame 46.859 estudantes (76,1% ingressantes e 23,9% concluintes). A distribuição destes seguiu o mesmo perfil de distribuição dos cursos: 62,7% da Região Sudeste, 85,5% da rede privada, 55,6% de universidades, 35% do Estado de São Paulo. Todos os estudantes receberam um questionário-pesquisa com 106 questões sobre o perfil sócio-familiar e acadêmico e sobre as condições dos cursos de graduação em que estudam. Deste universo, responderam ao questionário-pesquisa uma amostra de 40,7% de ingressantes e 57% de concluintes.

Neste estudo foram escolhidos 18 indicadores sobre perfil sócio-familiar e acadêmico dos estudantes, que serão apresentados de acordo com as respostas dos ingressantes e concluintes, respectivamente. Considerando os dados apresentados nesses indicadores destacados e os maiores resultados, pode-se descrever o perfil do estudante de Enfermagem que respondeu ao questionário-pesquisa do ENADE – 2004 (ingressante e concluinte).

As(os) ingressantes são, predominantemente do sexo feminino, com até 24 anos de idade, solteiras(os), apresentando-se como de cor branca, com renda entre 3 e 10 salários mínimos, trabalhadoras(es), sem nenhum financiamento para custeio das despesas, pais com escolaridade da 1ª a 4ª série, mães com Ensino Médio, cursaram todo Ensino Médio em escola pública, conhecimentos praticamente nulos da língua inglesa, usam a TV para se atualizar, freqüentam razoavelmente a biblioteca da IES, estudam de 1 a 2 horas por semana, não desenvolvem atividades além das obrigatórias acessam a internet e usam microcomputador em casa.

O perfil das (os) estudantes de Enfermagem concluintes pouco se diferencia das(os) ingressantes. E isso merece ser problematizado especialmente em um estudo de tendências da educação. Os dados das(os) concluintes sinalizam que estes, de modo ainda marcante (51%), têm dupla jornada e uma importante porcentagem (31%)

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

não desenvolve nenhuma atividade além das obrigatórias previstas na dinâmica curricular. Vejamos a seguir as categorias que compõem o perfil das(os) estudantes.

• Sexo, idade, estado civil e etnia das(os) estudantes

Ingressantes



Concluintes



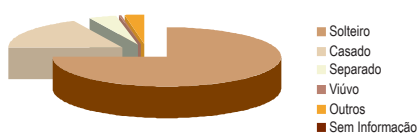
Ingressantes



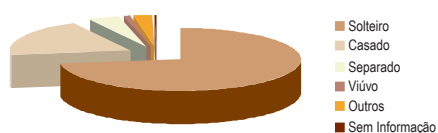
Concluintes



Ingressantes



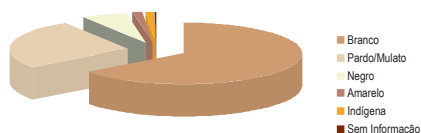
Concluintes



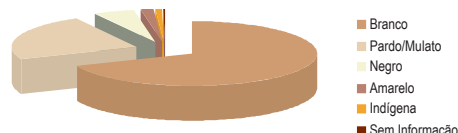


ENFERMAGEM

Ingressantes



Concluintes

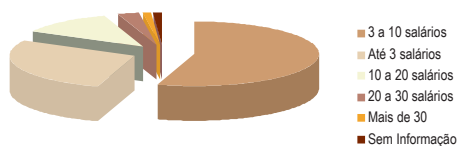


No que se refere à questão do gênero, o perfil das(os) estudantes do ENADE – 2004 reforça duas tendências já constatadas na literatura. A primeira diz respeito à relação historicamente construída entre a mulher e o cuidar. A segunda refere-se à relação socialmente construída entre a mulher e a opção pelos cursos de Enfermagem.

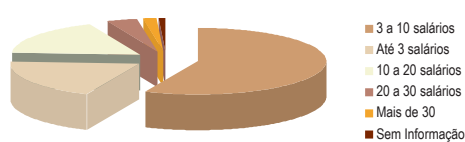
A permanente predominância do sexo feminino na profissão, além de indicar a presença da mulher no mercado de trabalho, sinaliza a possibilidade de acesso ao Ensino Superior em profissões consideradas como de menor status social. Cabe ressaltar que essa crescente inserção no mercado de trabalho não tem superado as consequências da divisão sexual do trabalho, que ainda trata as mulheres de forma discriminada seja no âmbito dos salários, das tarefas e até mesmo das possibilidades de ascensão social. Vale destacar um crescente interesse por estudantes do sexo masculino pelo curso, já visível nos indicadores de ingressantes (16%) e concluintes (13%).

• Renda, financiamento e situação ocupacional das(os) estudantes

Ingressantes

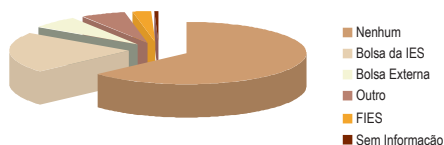


Concluintes

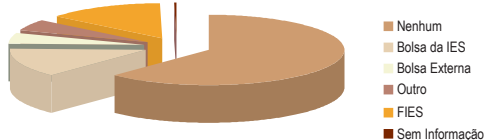


A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Ingressantes



Concluintes



Ingressantes



Concluintes



Constata-se que a(o) estudante ingressante, na sua maioria, já está inserida(o) no mundo do trabalho quando começa a estudar Enfermagem, e isso pouco se modifica entre as(os) concluintes. Assim, essas(es) estudantes passam a conviver ao longo do curso com uma dupla jornada: trabalhar e estudar, pois ser estudante é ter um ofício, ou seja, ter uma ocupação. Ser aluna(o) é ter tarefas e horários a cumprir, é ser supervisionada(o), orientada(o) e avaliada(o) pelos mais experientes, é prestar contas de deveres e também direitos.

Se considerarmos o agravamento das condições de vida da população brasileira, seu empobrecimento, e dado que a democratização de acesso ao Ensino Superior se deu às custas do sistema privado de ensino, será possível supor que para se manterem nos cursos, as(os) estudantes necessitarão, de forma cada vez mais crescente, trabalhar para se sustentar no seu processo de formação. E esta parece ser uma tendência na profissão, qual seja, a de ter como sua clientela preferencial estudantes que trabalham.



• Base cultural dos estudantes

Escolaridade do pai

Ingressantes



Concluintes



Ingressantes

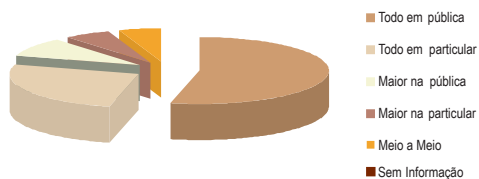


Concluintes

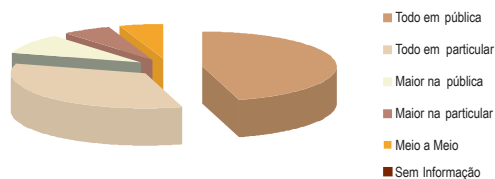


Escolaridade da mãe

Ingressantes



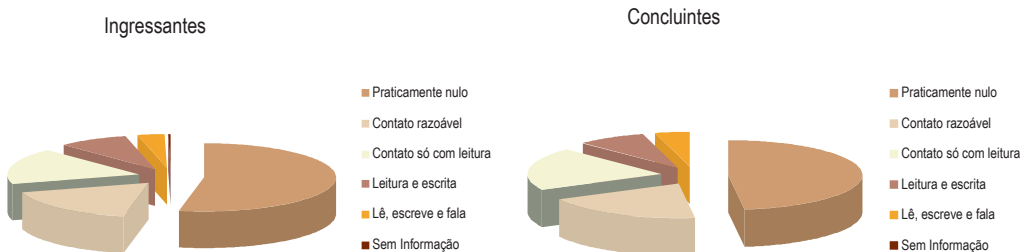
Concluintes



Modalidade de Ensino Médio

Outra tendência preocupante é a questão da base cultural do alunado. Destaca-se uma reduzida presença da educação superior no nível de escolaridade de pais e mães das(os) estudantes de Enfermagem, o que pode interferir na amplitude da formação cultural e humanística das(os) estudantes. Observa-se que 54% e 46% das(os) ingressantes e concluintes, respectivamente, têm sua trajetória escolar cursada exclusivamente no espaço da escola pública. Dadas as dificuldades que hoje caracterizam a escola pública e contrastada com os indicadores socioeconômicos, deve-se considerar preocupante a base cultural das(os) estudantes de Enfermagem, fato que deve merecer atenção dos cursos e seus projetos pedagógicos, para tentar agregar valor a estudantes que têm menos oportunidades culturais. Tarefa essa limitada na medida em que as circunstâncias de organização de tempo e vida das(os) estudantes sofrem influências da dupla jornada de trabalho.

Conhecimento de língua inglesa



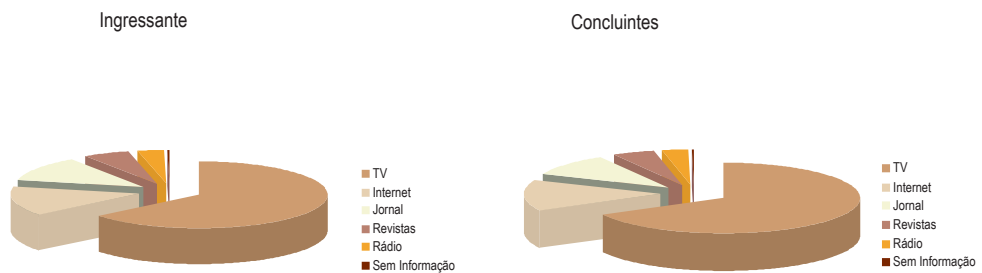
O nível de conhecimento do idioma inglês é bastante sofrível tanto na entrada como na saída do curso, ou seja, 54% e 48% praticamente nulo, respectivamente. Obviamente torna-se inevitável relacionar o dado com o nível socioeconômico da família a que pertencem, bem como ao nível de escolaridade de seus pais.

Qual é a diferença afinal entre um ofício qualquer e o ofício de estudante? Parece que a diferença está no fato de o ofício de estudante ter a sua razão de ser no favorecimento e/ou na consolidação da aprendizagem. É um ofício, por excelência, do aprender um saber e um saber – fazer, do aprender conteúdos e atitudes, conhecimentos e habilidades, matérias e hábitos de estudo. Mas como conviver e sobreviver diante de uma dupla jornada, ou seja, ser estudante e trabalhador?

É necessário considerar as(os) estudantes como sujeitos que tanto resistem e transgridem, como também se submetem e se adaptam às normas e rotinas da organização escolar. É necessário considerar que essas(es) estudantes constroem suas competências nesse contexto e movimento dialético.

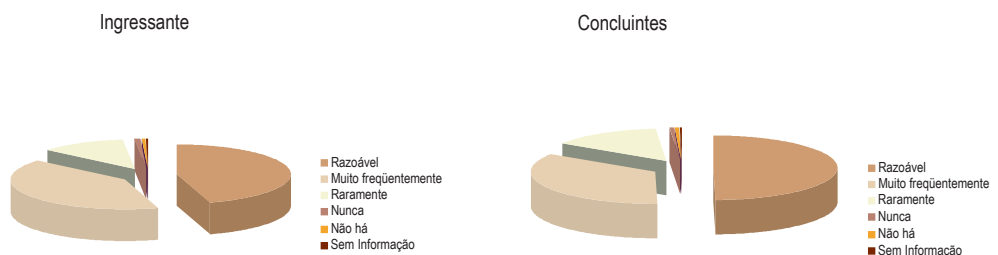
Isto posto como tendência, surge o desafio para os cursos de Enfermagem, o de aceitarem o perfil de entrada, como dado de realidade sobre o qual não têm governabilidade e revisitarem suas formas de organização do trabalho pedagógico, tentando extrair alguma positividade da experiência de trabalho que as(os) estudantes trazem e do capital cultural que possuem.

Meio que mais utiliza para se atualizar



Fica evidenciado que 65% elegem a TV como seu meio de informação preferencial e, surpreendentemente, este índice cresce nas(os) alunas(os) concluintes para 68% quando, idealmente, se esperaria um amadurecimento que as(os) levasse a priorizar outros recursos de base mais crítica.

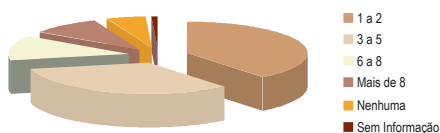
Freqüência de utilização da biblioteca da IES



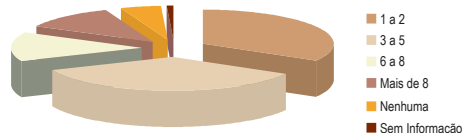
A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Horas por semanas dedicadas aos estudos

Ingressante



Concluinte



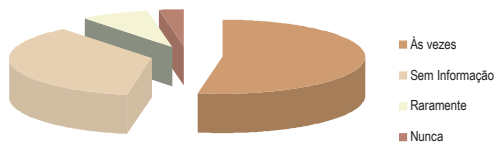
A utilização da biblioteca, sinalizada como razoável pelas(os) estudantes, não supre o número ínfimo de horas que dedicam ao estudo, que se mantém, tanto em ingressantes como concluintes, em torno de 1 a 2 horas semanais (40 % e 33%). As defasagens decorrentes desses hábitos de estudo poderiam ser atenuadas pelo acesso aos recursos oferecidos pela tecnologia da informação. As(os) estudantes, no entanto, avaliam o uso do computador como ocasional, exceto no que se refere ao acesso à Internet. Apesar do nível socioeconômico em que se distribuem as(os) estudantes, concentrados em 1 a 3 salários mínimos, mais de 50% dos respondentes preferem o uso de microcomputador em casa.

Frequência de uso de microcomputador

Ingressantes



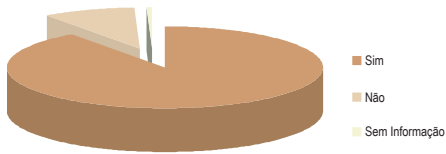
Concluintes



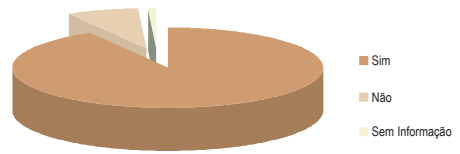


Acesso à Internet

Ingressantes



Concluintes



Uso de microcomputador em casa

Ingressantes



Concluintes

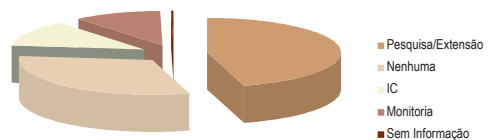


Tipo de atividade desenvolvida durante o curso, além das obrigatórias

Ingressantes



Concluintes



Observa-se um aumento da participação das(os) estudantes em atividades como pesquisa e extensão ao longo do curso. É preocupante, no entanto, o acentuado número de estudantes que afirmam nenhuma inserção nesse tipo de atividade. Várias leituras podem ser feitas: uma primeira em relação ao interesse da(o) própria(o) estudante; outra pela forma de organização dos tempos e espaços curriculares; uma outra diz respeito aos impedimentos oriundos da dupla jornada já destacada e por último a eventual escassez de investimento das IES na oferta dessas oportunidades de formação diferenciada, limitando algumas(uns) estudantes a uma formação reduzida à sala de aula.

As(os) estudantes ingressantes têm sido identificadas(os) com três tipos de imaturidade: cultural, ligada à falta de hábito de leitura; psicológica, ligada à não-definição clara de objetivos e aspirações nem à certeza de que o curso escolhido atenderá às suas expectativas; lógica, ligada à falta de seqüência de raciocínio, quando manifesta por escrito o que pensa. Nesse sentido, espera-se que a trajetória no/do curso agregue esses e outros valores ao ofício da(o) estudante, o que com os indicadores aqui analisados não nos foi possível evidenciar, gerando preocupação.

Perspectivas e desafios

A reflexão sobre a trajetória dos cursos de Enfermagem no Brasil, triangulada com os dados do censo escolar e o material obtido pelo ENADE, estimula os cursos a se perceberem nesse processo e a reverem suas decisões pedagógicas à luz do novo paradigma da formação do profissional de saúde, necessário para o País, devidamente informados sobre o perfil da clientela que busca na Enfermagem sua realização/certificação e a potência que seus processos de ensino devem ter para agregar-lhes valor em seu percurso formativo.

Os dados apresentados sobre a trajetória dos cursos de graduação em Enfermagem, ainda que de maneira abreviada, evidenciam uma forte e desordenada expansão do número de cursos e de vagas por eles oferecidas, no período de 1991 a 2004 e, particularmente a partir de 1996, demonstrando assimetrias entre as diferentes regiões como um desafio a ser enfrentado pela categoria.

Essa realidade permite refletir acerca dos desequilíbrios regionais, que parecem problemas a ser atacados de forma integrada e compartilhada entre Governo Federal, Estados, IES e Sistema Único de Saúde, bem como aponta para a necessidade da formulação de estratégias específicas visando à criação de parâmetros norteadores para a expansão do sistema, caso contrário, nos próximos anos, observar-se-á a



continuidade do crescimento da graduação com a permanência das assimetrias regionais com concentração nos grandes pólos econômicos.

Em qualquer que seja a região, é necessário consolidar a graduação para garantir sua qualidade e assegurar seu papel como instrumento de desenvolvimento científico, tecnológico, social, econômico e cultural. É fundamental, entretanto, a diminuição das desigualdades regionais, objetivando um desenvolvimento sustentável, o que pressupõe, necessariamente, menos desigualdades sociais.

Vale salientar, contudo, a necessidade de se buscar a qualidade na oferta desses cursos/vagas. É fundamental que se atente para o que se considera como parâmetros de qualidade nos cursos de Enfermagem, de modo que a crescente e desordenada expansão quantitativa do número de cursos/vagas oferecidas no País seja equilibrada com desenvolvimento qualitativo traduzido pela inserção de enfermeiros conscientes de sua função social e científica, para intervir positivamente nos modelos de atenção à saúde.

A ampliação desordenada de vagas para os cursos de graduação em Enfermagem sem o devido monitoramento das políticas de contratação dos profissionais, bem como a ausência de acompanhamento das ações exercidas, tende a favorecer o desrespeito à lei do exercício profissional no que se refere às ações privativas da(o) enfermeira(o) que continuam, em algumas regiões, sendo executadas por profissionais de nível médio. Interfere também na sustentação do modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, que prevê a interiorização das ações de saúde. Ressalta-se, no entanto, que a expansão do número de vagas ainda é insuficiente para atender às múltiplas e diversas demandas de atenção à saúde da população nos níveis locais, regionais e nacionais.

A construção da qualidade resume-se em três compromissos: *fazer bem o que se está fazendo mal*, o que significa introduzir sistemas de diagnóstico do funcionamento dos diversos setores para identificar seus pontos fortes e fracos; *fazer melhor o que se está fazendo bem*, o que implica um plano estratégico de qualificação e desenvolvimento institucional capaz de ir consolidando e sustentando as realizações obtidas; e *fazer o que não se está fazendo e fazê-lo bem*, isto é, incorporar dispositivos que facilitem e tornem possíveis inovações e processos de crescimento sistemáticos.

Na implementação da qualidade no processo de formação da(o) enfermeira(o), parece ser consensual a necessidade do realinhamento das(os) egressas(os) dos cursos, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Da análise dos dados relativos ao perfil do alunado dos cursos de graduação, reconhece-se que as(os) egressas(os) desses cursos necessitam de competências mais amplas para agir em prol da sustentação de um modelo de atenção à saúde com qualidade e assentado na integralidade, equidade, universalidade, intersetorialidade e controle social.

Os dados aqui apresentados reclamam por apropriação e interpretação pela comunidade acadêmica, podendo subsidiar reflexões dos sujeitos envolvidos no processo de formação das(os) enfermeiras (os), bem como suas decisões internas na construção dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos. Poderão, ainda, auxiliar na compreensão de que qualidade não é um conceito abstrato e depende também da existência de condições objetivas que determinam as relações entre professor/aluno/apropriação de competências e habilidades.

Ficou evidenciado que entre a entrada e a saída das(os) estudantes do sistema educacional há um processo que ocorre e é nesse espaço que a proposta institucional pode e deve fazer diferença. E isto implica contrastar os dados de saída com o processo de construção de qualidade posto em movimento a partir de um claro diagnóstico das condições de entrada das(os) estudantes. Isso deve ser objeto de reflexão e pronto posicionamento do coletivo dos cursos frente aos dados que são oferecidos e que não podem permanecer latentes nos relatórios.

Da análise realizada, considera-se que:

- Uma boa formação em Enfermagem não se reduz à competência técnica, meramente instrumental, mas deve ocupar-se em desenvolver e problematizar questões de amplo significado social. Isso é tarefa que deve nortear os PP dos cursos, independentemente de sua localização geográfica ou natureza jurídica. A concentração dos cursos na Região Sudeste, onde se concentram serviços de saúde mais especializados, não deve enviesar o eixo da formação.
- A presença marcante de alunas(os) que trabalham durante o curso deve ser explorada na positividade que contém, posto que podem enriquecer as reflexões, trazendo um olhar peculiar do processo de trabalho em que já estão inseridas(os). Paradoxalmente, estas(es) estudantes podem apresentar dificuldades concretas de acompanhamento do trabalho pedagógico, sobretudo se estiver assentado numa pedagogia exclusivamente expositiva e enciclopédica. Sugere-se a incorporação de metodologias ativas que favoreçam o diálogo entre as diferentes culturas e visões que as(os) estudantes trazem.

Igualmente práticas de avaliação colaborativas devem ser acionadas para firmamento dos conceitos-chave da profissão e exercício do trabalho coletivo. A ética da solidariedade deve alicerçar as relações entre as(os) estudantes, antecipando as possibilidades de uma inserção no mundo de trabalho igualmente comprometida com a produção do bem comum. A avaliação da aprendizagem deve estar rigorosamente articulada ao processo de ensino-aprendizagem desenvolvido; séria o suficiente para impedir a banalização da certificação e ética o suficiente para evitar a exclusão sumária das(os) estudantes com déficits culturais sem que formas diferenciadas de mediação pedagógica tenham sido exaustivamente exploradas.

- A realidade do processo de trabalho da(o) enfermeira(o) é o foco para a discussão da formação e as bases do trabalho coletivo e da visão de integralidade da assistência devem ser respeitadas. O compromisso com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde precisa ser explorado em todas as atividades curriculares, considerando-se esse sistema não como mero pano de fundo da formação, mas como eixo fundante da formação em Saúde/Enfermagem.
- A coerência com os objetivos proclamados nos PP deve ser buscada pelos cursos e isso implica a atenção com o não-retorno ao processo de fragmentação curricular, motivado pela crença de que não se pode abdicar da quantidade de conteúdos e da exposição destes em sala de aula.
- Boas bibliotecas, com acervo adequado e atualizado não implicam bom ensino a menos que o acervo seja utilizado. Para tal, há necessidade de planejamento de horários livres para o trabalho autônomo do alunado e estratégias de ensino que incluam e explorem estes espaços. Deve haver cuidado nos horários de funcionamento das bibliotecas e laboratórios para diminuir as dificuldades das(os) estudantes que trabalham.
- Trabalho coletivo é um componente vital para o bom exercício profissional, e que deve ser exercitado no processo de formação. Logo, implica ruptura com o conceito de que só se aprende em sala de aula e sob o comando do professor, em estimados 50 minutos de horas-aula. Sem desconsiderar a importância da mediação do docente, esta não deve prejudicar a experiência do trabalho grupal, devidamente orientado pelos objetivos da formação e estes objetivos devem nortear a composição de horários que favoreçam atividades integradoras e problematizadoras que não cabem na ditadura do relógio curricular.
- O corpo docente deve estimular o olhar investigativo das(os) estudantes e evitar produzir apenas para as agências de fomento, tornando-se produtivos



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

para a formação das(os) futuras(os) enfermeiras(os). Para isso, precisam de condições de trabalho e de que as políticas de avaliação institucional se confrontem com as políticas externas, especialmente as da pós-graduação, notadamente centradas na produção intelectual das(os) docentes sem valorizar a convergência com a formação das(os) discentes.

- Os resultados das(os) estudantes no ENADE devem servir de reflexão junto à comunidade da escola, não para ordenar ou justificar conceitos, mas para permitir que o PP ganhe novamente primazia. A discussão sobre os resultados deve promover ação conseqüente da comunidade intra e extracurso e sempre que possível ação solidária entre os cursos da área. Trata-se de tentar estabelecer uma rede de sustentação a um projeto histórico para a formação de profissionais da saúde, ativadores de mudanças nos serviços de saúde, imprescindíveis à sustentação do SUS. Não podem servir, portanto, ao ranqueamento e nem devem levar à competição pura e simples por melhores notas para ostentar no mercado.



Referência bibliográfica

- ALCÂNTARA, G. A. **Enfermagem como categoria profissional**: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. São Paulo, 1963. (Tese). Concurso Professor Catedrático. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem**: legislação e assuntos correlatos. 3.ed. Rio de Janeiro, GB: FSESP, 1974.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1996, dez 23; 34 (248), Seção 1:27.833-41.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1133 de 7/8/2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7/11/2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.
- CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926–1976**: documentário. ABEN. Brasília, 1976.
- FERNANDES, J.D. **Expansão do ensino de enfermagem no Brasil**. Salvador, 1988. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
- FERNANDES, J.D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador, 1982. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. Salvador- BA.
- PAIVA, M. S. *et al.* **Enfermagem brasileira**: contribuição da ABEn. Brasília: ABEn Nacional, 1999.
- TEIXEIRA, E. **As três metodologias**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

VIEIRA, A.L.S. *et al.* **Tendências do sistema educativo no Brasil:** medicina, enfermagem e odontologia. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: MS, 2004.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário, seu cenário e seus protagonistas.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

Celso Spada

Doutor em Farmácia pela USP, docente da Universidade Federal de Santa Catarina.

Jair Ribeiro Chagas

Doutor em Biologia Molecular, docente da Universidade Federal de São Paulo/Universidade de Mogi das Cruzes.

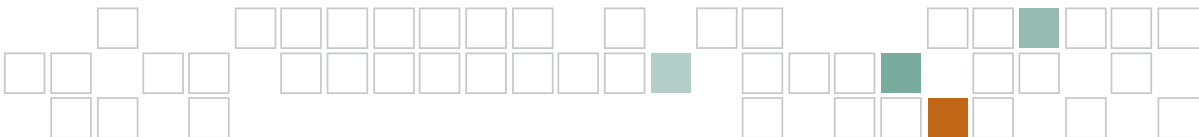
Kátia Flávia Fernandes Silva

Doutora em Química Analítica pela Unicamp, docente da Universidade Federal de Goiás.

Selma Rodrigues de Castilho

Doutora em Engenharia Biomédica, docente da Universidade Federal Fluminense.

FARMÁCIA
FARMÁCIA



Introdução

O presente capítulo trata da trajetória do ensino de Farmácia e algumas de suas implicações no exercício da profissão no Brasil. Os dados utilizados para esta avaliação foram obtidos no Censo da Educação Superior 2004, no relatório técnico socioeconômico do ENADE 2004 e no Censo da Educação Superior (MEC/Inep/Deaes).

Os dados apresentados correspondem a uma análise inicial da atual situação em que o ensino e a profissão farmacêutica se encontram. Espera-se com isso ampliar as discussões e nortear as ações e políticas de saúde e ensino, considerando as diferenças e vocações regionais, para atender aos pressupostos das Diretrizes Curriculares, às demandas do SUS, visando ações integradas, em conformidade com as competências e habilidades para a formação do profissional farmacêutico.

Breve histórico da farmácia brasileira

A Farmácia como profissão parece ter-se originado no mundo Árabe, na primeira metade do século IX, de onde passou ao ocidente latino no século XI, quando se tem notícia da existência de farmácias públicas. Pouco mais tarde, no ano de 1233, no sul da Itália, foi promulgado o Édito de Frederico II da Suábia, que decretava a separação entre o exercício da medicina e o exercício da farmácia, sendo considerado por muitos, a Carta Magna da Farmácia. No século XVII a profissão farmacêutica já tinha um significado preciso: *arte e técnica da combinação de substâncias simples para formar compostos, remédios e antídotos*. No século XVIII, botica e boticário eram os vocábulos que identificavam a farmácia e aqueles que a ela se dedicavam.

Historicamente a população nativa brasileira tinha seus próprios meios para curar enfermidades. Os pajés conheciam as qualidades terapêuticas de inúmeras raízes e folhagens e as usavam em suas tribos até o início da colonização portuguesa. O europeu colonizador naturalmente tomou conhecimento destas práticas e assimilou-as principalmente por meio dos religiosos jesuítas que, desde logo, procuraram conhecer a cultura indígena.

Remédios da “civilização” só apareciam quando expedições portuguesas, francesas ou espanholas aportavam com suas esquadras, onde sempre havia um cirurgião barbeiro ou algum tripulante com uma botica portátil cheia de drogas e medicamentos. Com a vinda de Thomé de Souza, trazendo autoridades, funcionários civis e militares, tropa de linha e diversos oficiais, ao todo, aproximadamente mil



peessoas se instalaram na Bahia, entre elas Diogo de Castro, primeiro boticário do Brasil, formado pela Universidade de Coimbra. Vieram também nesta armada seis jesuítas, quatro padres e dois irmãos, chefiados por Manuel da Nóbrega.

Os jesuítas trataram logo de instituir enfermarias e boticas em seus colégios, colocando um irmão para cuidar dos doentes e outro para preparar remédios. Em São Paulo, o irmão que preparava os remédios era José de Anchieta, por isso podemos considerá-lo o primeiro boticário de Piratininga.

Aos poucos, as boticas jesuítas passaram a atender ao povo em, que as preferia, ao invés daquelas dirigidas por meros comerciantes que costumavam errar no aviamento das receitas e não tinham escrúpulos em substituir as drogas prescritas.

O medicamento extraordinário, no entanto, a penicilina da época, era a Tríaga Brasilica, que se manipulava mediante fórmula secreta, usada contra a mordedura de animais peçonhentos, em doenças febris, e principalmente como antídoto e contraveneno (“exceto os corrosivos”). Gozava de grande fama e era considerada tão boa quanto a de Veneza, pois agia pronta e rapidamente com a vantagem de, em sua composição, entrarem várias drogas nacionais de comprovada eficiência. Já na primeira década do século XIX, as boticas da capital baiana, segundo testemunho de Spix e Martius, estavam “providas copiosamente de específicos ingleses e remédios milagrosos”.

Desde o princípio do século XVI as “Ordenações do Reino”, conjunto de leis portuguesas que regeram o Brasil durante todo o período colonial, impunham regulamentos à matéria farmacêutica, estabelecendo que o comércio das drogas e medicamentos era privativo das boticas e seus boticários. No entanto, o impacto sanitário dessa medida era substancialmente comprometido pela facilidade com que qualquer pessoa podia obter sua “carta de aprovação” para o exercício da profissão. Muitos destes boticários eram profissionais empíricos, às vezes analfabetos, possuindo apenas conhecimento de medicamentos corriqueiros. Era comum na época, lavador de vidros ou simples ajudantes de botica requererem exame perante o físico-mor (médico) ou seu delegado e, uma vez aprovados, o que geralmente acontecia, arvorarem-se em boticários, estabelecendo-se por conta própria ou associando-se a um capitalista ou comerciante, normalmente do ramo de secos e molhados, que alimentava a expectativa dos bons lucros no novo negócio.

As boticas só foram autorizadas, como comércio, em 1640 e multiplicaram-se, de norte a sul, dirigidas por boticários aprovados em Coimbra pelo físico-mor, ou por seu delegado comissário na capital do Brasil, Salvador.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Um século depois, em 1744, foi outorgada legislação, historicamente chamada de “Regimento 1744”, que proibia a distribuição de drogas e medicamentos por estabelecimentos não-autorizados e apreensão de estoques em caso de descumprimento; criava a figura do profissional responsável, estabelecia critérios mínimos para a estruturação física dos estabelecimentos, criando ainda a fiscalização sobre o estado de conservação de drogas e plantas medicinais. Este regimento, considerado modelar para a sua época, enfrentou sérios obstáculos no seu cumprimento.

Foi depois da vinda da família real que os movimentos culturais e científicos europeus fizeram-se sentir mais acentuadamente na colônia. Em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI instituiu os estudos médicos no Hospital Militar da Bahia, com ensino de anatomia, cirurgia e dos princípios elementares da matéria médica e farmacêutica.

Formalmente, o ensino farmacêutico iniciou-se com a Lei de 3 de outubro de 1832, que criou os cursos de Farmácia vinculados às escolas de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e determinou a transformação das academias em escolas ou faculdades médico-cirúrgicas, em que passariam a ser diplomados médicos (seis anos) e farmacêuticos (três anos e mais um ano, concomitante ou não, de prática em botica). Em 1837 foram diplomados os primeiros seis farmacêuticos brasileiros pelo curso de Farmácia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Dois deles, Manoel José Cabral e Calixto José de Arieira, fundaram em 1839 o primeiro estabelecimento independente de ensino de farmácia: Escola de Farmácia de Ouro Preto.

Na segunda metade do século XIX as boticas, redutos restritos a poucos privilegiados, eram os locais em que, com habilidade e profissionalismo, o farmacêutico preparava os remédios e respondia perguntas sobre seu uso e propriedades terapêuticas. É nessa fase que o farmacêutico exerce papel importante suprimindo parcialmente a omissão do Estado na atenção individual à saúde. É ele quem responde às demandas por meio da pesquisa, produção, comercialização e da orientação do uso do medicamento, estabelecendo, desta maneira, uma relação intrínseca com a comunidade. Em função disto o ensino ministrado na época era voltado para a prática profissional de responder às necessidades da comunidade levando em conta a atenção individual ao cidadão.

Na virada do século XX o Estado brasileiro, ao tomar a seu encargo a tarefa de sanear os portos, dá início ao esforço de criação de modelos de saúde pública baseados nos mais avançados conhecimentos no campo médico. Funda-se assim o Instituto de Bacteriologia do Estado de São Paulo e o Instituto Soroterápico de Manguinhos no Rio de Janeiro.



Com a mudança do modelo econômico provocada pela passagem gradual de um país agrário, para um país industrial e urbano, começam a mudar as exigências na área da saúde. Altera-se a relação da divisão do trabalho e, como reflexo, a saúde individual passa a ter importância para o Estado. Os medicamentos industrializados foram assumindo gradualmente um papel cultural de destaque, a “medicalização” da saúde tornou-se um processo em franca ascensão e, automaticamente, a Farmácia perdeu seu lugar de destaque.

A industrialização do medicamento, ocorrida a partir de 1920 e potencializada após a Segunda Guerra Mundial foi, portanto, responsável pela drástica mudança na Farmácia. Por um lado, a enorme quantidade de medicamentos disponíveis e sua variada ação farmacológica exigiram a formação de um profissional com sólidos conhecimentos, que possibilitassem a racionalidade na comercialização e garantia no uso correto do medicamento. Por outro lado, observou-se uma grande crise nas farmácias e pequenas empresas de capital nacional que não agregavam aos seus métodos e produtos os avanços tecnológicos das grandes empresas internacionais, consequência de estruturas de pesquisa bem estabelecidas, e as estratégias de distribuição e divulgação junto à classe médica.

Após 1930, na área do ensino, começa a tomar vulto um processo de mudanças na estrutura curricular dos cursos de Farmácia, visando à formação de um farmacêutico que, além de habilitado ao exercício das atividades tradicionais na Farmácia, estivesse também habilitado a desempenhar suas atividades na indústria e realizar exames clínico-laboratoriais. Gradativamente o perfil do profissional tradicional foi se modificando, passando o ensino a focar-se na formação para outros setores do âmbito de atividade. Essa tendência se materializa na proposição do primeiro currículo mínimo (1962), que implementa, em substituição à ênfase ao farmacêutico, as disciplinas voltadas para as habilitações desse profissional, em especial, a de Bioquímica, voltada para o laboratório de análises clínicas.

A tendência à fragmentação do conteúdo a ser transmitido na formação do farmacêutico, evidenciado no currículo de 1962, foi fortalecida no currículo de 1969 sob a égide da Reforma Sanitária de 1968 (Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968). Este currículo representou ainda o atendimento aos preceitos contidos no acordo MEC/USAID. No Parecer 287/69 do Conselho Federal de Educação, o distanciamento das atividades da Farmácia é justificado pelo fato de que: “... a indústria farmacêutica moderna é uma indústria de transformação, enquanto a Farmácia representa um estabelecimento predominantemente comercial, com um artesanato técnico em involução”. Desta concepção resultou a estrutura curricular dividida em ciclo pré-profissional, primeiro ciclo profissional e segundo ciclo profissional, correspondendo respectivamente às modalidades: Farmacêutico, Farmacêutico-Industrial e Farmacêutico-Bioquímico.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O afastamento do profissional das farmácias e drogarias fica evidente ao considerar-se que, já em 1973, 97% dos estudantes de Farmácia do País haviam optado pela área de análises clínicas, tentados por melhores salários, por promessas de bons empregos e desmotivados pelas críticas à atuação profissional na assistência farmacêutica.

A década de 80 foi marcada por profundas mudanças na área da saúde que culminaram com a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em 1988 foi promulgada a Constituição da República e com ela nasceu o Sistema Único de Saúde – SUS, regulado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nasce com o SUS a participação social, por meio das instâncias colegiadas de controle social do SUS, Conferências e Conselhos de Saúde, criados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Paralelamente, os estudantes de Farmácia, a partir do X Encontro Nacional dos Estudantes de Farmácia – X ENEF, iniciaram um processo de discussão sobre a identidade do profissional farmacêutico, desencadeando ainda uma profunda reflexão sobre o processo de formação desse profissional. Com esse objetivo, a Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia – ENEFAR promoveu cinco seminários nacionais no período de 1987 a 1993.

Reforçando o movimento desencadeado pelos estudantes e encampado pelas entidades profissionais da categoria farmacêutica, em 1993 o Ministério da Educação e Desportos cria a Comissão de Especialistas. Em 1996, foram nomeados pelo MEC um grupo técnico composto por membros da Comissão de Especialistas em Farmácia, pelos membros da Comissão de Ensino do Conselho Federal de Farmácia e quatro docentes consultores, com a incumbência de elaborar uma nova proposta de currículo mínimo.

A partir do sexto seminário, mais dois eventos foram realizados, em 1994 e 1995, dessa vez com a participação do Conselho Federal de Farmácia (CFF), Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR e ENEFAR.

A Lei de Diretrizes Básicas da Educação – LDB, de 1996, propôs a substituição dos currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares dos Cursos e impulsionou as Instituições de Ensino Superior – IES a repensarem princípios e diretrizes que orientassem seus cursos. Desta forma, a comunidade farmacêutica, recuperando as discussões levadas a efeito no período anterior, e levando em conta a LDB, propôs as diretrizes gerais para a educação farmacêutica no Brasil.

Em 1998 a Política Nacional de Medicamentos apontou a necessidade de estimular-se o acesso do profissional farmacêutico a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas



ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância. Propôs ainda o incentivo à educação continuada dos profissionais de saúde nos vários aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos.

Em agosto de 2001 realizou-se em Brasília o Fórum Nacional de Avaliação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Farmácia. Neste Fórum, representantes das IES, dos estudantes e das entidades farmacêuticas aprovaram a proposta de formação do Farmacêutico Generalista.

Aprovada com pequenas modificações pelo Conselho Nacional de Educação (Parecer CNE 1300/2001) e homologada pelo Ministro da Educação (Resolução CNE/CES 02/2002) as diretrizes definem um perfil multiprofissional e multidisciplinar, conforme preceitos do SUS, e estabelece as competências e habilidades necessárias para o exercício da profissão: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Desde então, os currículos dos cursos de Farmácia têm passado por mudanças, buscando adequar-se à legislação e, ao mesmo tempo, respeitando as realidades regionais. Atualmente o ensino de Farmácia e o exercício da profissão passam por uma fase de discussão e grandes desafios, em que as realidades regionais, permeadas por suas características sócio-econômicas, têm marcado uma diversidade de interpretações na implementação das diretrizes. Vivemos um momento de grande diversidade e inquietação que é a marca da grande transformação que houve no eixo central de formação do profissional farmacêutico.

As decisões da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília no ano de 2005, reafirmam a oportunidade das premissas de formação e do perfil profissional apontado nas diretrizes curriculares, uma vez que sua concretização dependerá de profissionais socialmente comprometidos e direcionados à garantia do acesso aos medicamentos. Áreas como a produção de fitofármacos, prática da orientação e atenção farmacêuticas e farmacovigilância, enfatizadas nas diretrizes curriculares, foram apontadas como necessidades urgentes pela sociedade brasileira organizada. Desta forma, o perfil profissional proposto pelas diretrizes curriculares se mostra em harmonia com as demandas sociais por uma assistência farmacêutica universal e de qualidade, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas palavras de Bermudez prefaciando Santos: “Esta luta contrapõe-se à mercadização desmedida, inserindo a busca de alternativas mais humanas, a expansão do acesso da população aos medicamentos, a universalidade e a equidade na construção do modelo de atenção à saúde que substitua o modelo

hospitalocêntrico, implementando efetivamente o Sistema Único de Saúde nos termos em que a sociedade brasileira discutiu e aprovou há mais de uma década na Carta Magna, e nas legislações complementares no que se refere à área da saúde”.

Censo da educação para o curso de Farmácia – apresentação, análise e inferência dos dados

Os dados do Censo para Educação do Curso de Farmácia no período de 1991 a 2004 produziram um volume de informação que permitiu esta análise da evolução do curso e algumas de suas implicações para o ensino da profissão farmacêutica.

A primeira mudança observada diz respeito ao número de cursos existentes no Brasil neste período (Gráficos 1 e 2). Em 1991, havia no País 49 cursos de Farmácia distribuídos da seguinte forma: 3 na Região Norte, 7 na Região Nordeste, 24 na Região Sudeste, 11 na Região Sul e 4 na Centro-Oeste. Entre 1991 e 1997, há uma ampliação de 42,85% no número de cursos, passando de 49 para 70 (Gráfico 1).

O período seguinte (1998 a 2004), foi marcado pelo grande aumento no número de cursos, passando de 70 para 237, o que correspondeu a um crescimento de 238,57%.

Gráfico 1. Evolução do número de cursos de Farmácia por região – período 1991 a 1997

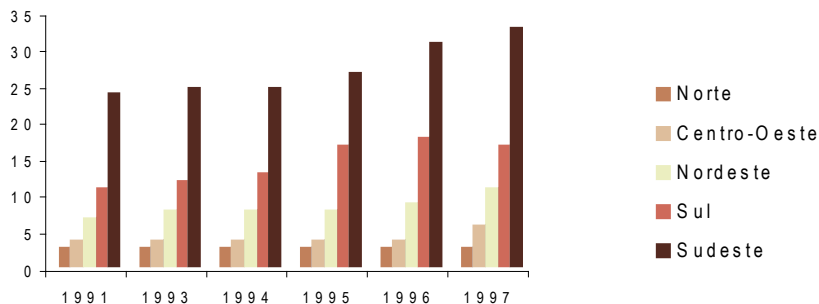
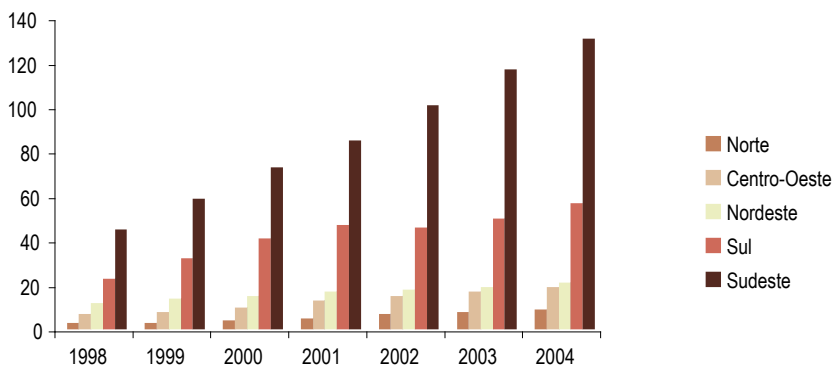


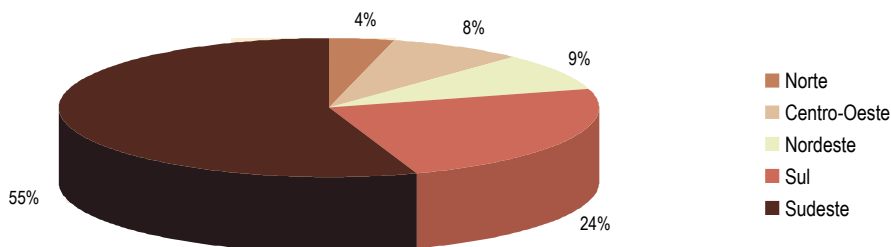


Gráfico 2. Evolução do número de cursos de Farmácia por região - período 1998 a 2004



Ao analisar estes dados, é importante considerar que este aumento deu-se principalmente na Região Sudeste, que passou a contar em 2004 com 131 cursos, representando 55,3% do total de cursos de Farmácia no País (Gráfico 3). Além disso, esse aumento no número de cursos foi consideravelmente superior ao crescimento populacional da região no período, que variou de 70.681.391 habitantes em 1998 para 76.333.794 habitantes em 2004, ou seja, em torno de 9%.

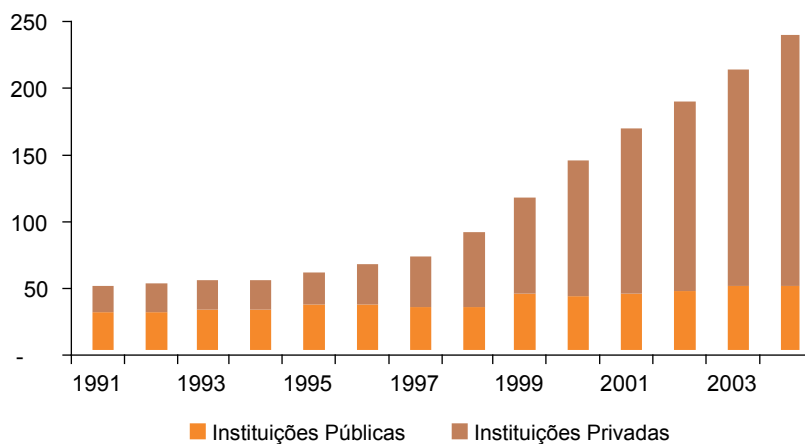
Gráfico 3. Distribuição dos 237 cursos de Farmácia oferecidos em 2004 por região



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

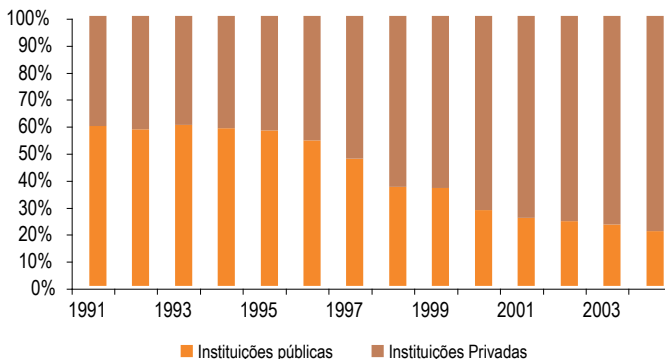
Outro dado importante que o Censo produziu refere-se à divisão dos cursos de Farmácia com relação à categoria administrativa (Gráfico 4). É interessante observar que o aumento no número de cursos se dá quase que estritamente pela iniciativa das instituições privadas.

Gráfico 4. Número de IES com curso de Farmácia segundo categoria administrativa



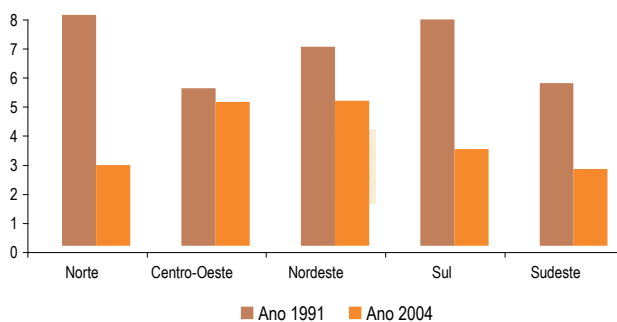
A ampliação no número de cursos resultou em um aumento de 568,6% no número de vagas ofertadas, que passaram de 4.153 em 1991 para 27.769 em 2004 (Gráfico 5). Cabe ressaltar que embora tenha havido aumento no número de vagas ofertadas pelas IES públicas, o crescimento da oferta é significativamente maior no segmento privado, que passou a responder em 2004 por 87,5% das vagas oferecidas nos cursos de Farmácia do País.

Gráfico 5. Participação percentual em vagas segundo categoria administrativa



No mesmo período, embora o número de inscritos nos processos seletivos para os cursos de Farmácia tenha aumentado de 26.180 em 1991 para 87.267 em 2004, a relação candidatos/vaga diminuiu em todas as regiões do País (Gráfico 6), atingindo os valores na relação candidatos/vaga de 2,78 na Região Norte; 5,0 na Região Nordeste; 2,50 na Região Sudeste; 3,33 na Região Sul e 4,95 na Região Centro-Oeste.

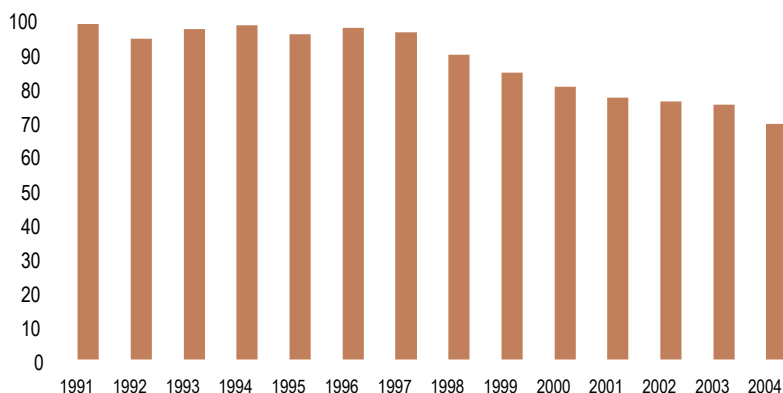
Gráfico 6. Relação inscritos no processo seletivo/número de vagas por região



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

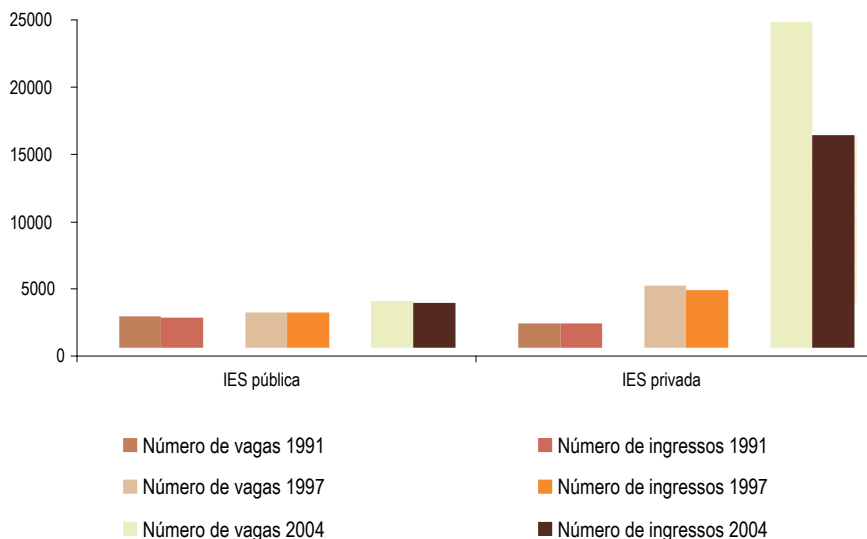
Outro aspecto importante é o fato de que o número de vagas oferecidas em 1991 era quase totalmente preenchido (utilização superior a 95%). Como se pode observar no Gráfico 7, a partir de 1998 observa-se redução progressiva no utilização das vagas ofertadas, culminando com uma utilização inferior a 70% em 2004.

Gráfico 7. Percentual de vagas utilizadas no período 1991 a 2004



Cabe ainda salientar que esta redução atinge predominantemente o setor privado (Gráfico 8), contrapondo-se a praticamente 100% de utilização das vagas públicas.

Gráfico 8. Relação vagas oferecidas e número de ingressos entre IES públicas e privadas

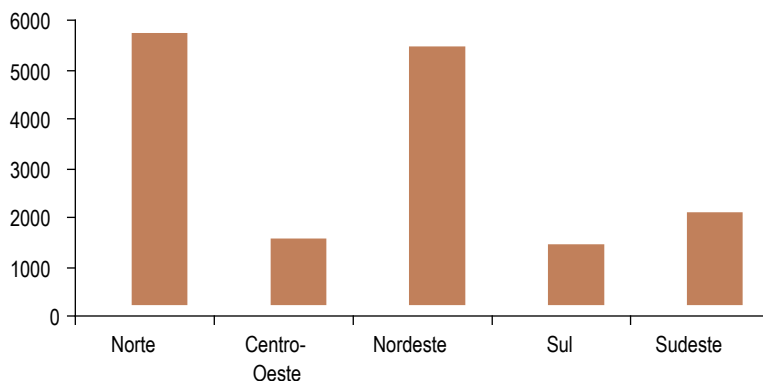


Toda esta mudança trouxe como conseqüência alterações significativas no ensino farmacêutico e no mercado de trabalho. Enquanto em 1991 chegavam ao mercado 2.7.01 egressos, em 2004, este número atingiu 10.037 profissionais. Deste total, 4.981 profissionais eram formados na Região Sudeste comparado a apenas 448 na Região Norte.

No período entre 1991 e 2004, o total de concluintes dos cursos de Farmácia apontado pelo Censo foi de 2.612 na Região Norte, 9.690 na Região Nordeste, 9.237 na Região Centro-Oeste, 21.285 na Região Sul e 40.225 na Região Sudeste.

Considerando apenas este número de farmacêuticos e confrontando o dado com o da população brasileira, observamos uma grande diferença na relação farmacêutico/habitante nas diversas regiões do País. Esta relação seria, em média, da ordem de um farmacêutico para cada 5.370 habitantes nas Regiões Norte e Nordeste e de aproximadamente um farmacêutico para cada 1.523 habitantes nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Gráfico 9).

Gráfico 9. Estimativa da relação de habitantes (milhares) em 2004/egressos de Farmácia no período 1991 a 2004



Levando-se em conta que há um número considerável de farmacêuticos em exercício, formados antes de 1991, que não foram considerados nestes cálculos, esta relação é, na verdade, ainda menor. Estes dados, tomados em conjunto com aqueles observados no gráfico 3, permitem duas análises: (i) há uma concentração bastante elevada de cursos nas Regiões Sul e Sudeste e (ii) embora o número de cursos na Região Centro-Oeste seja bem menor que no Sul e Sudeste, a densidade populacional torna a oferta de profissional por habitantes semelhante àquela observada nas Regiões Sul e Sudeste, sugerindo portanto uma saturação da demanda por cursos naquela região.

O índice de evasão para o curso não pôde ser mensurado, haja vista que muitos cursos ainda não implementaram as Diretrizes Curriculares (Resolução CNE/CES no 02 de 2002). Esta inadequação gera uma superestimativa da evasão, uma vez que muitos dos inscritos nas habilitações em Farmácia Industrial e Análises Clínicas, ao serem absorvidos pelo mercado, acabam por não concluir estas ênfases e são, assim, automaticamente incorporados aos dados de evasão. Este viés, bastante significativo, torna qualquer inferência dos dados, questionável.

Análise dos dados obtidos no exame nacional de desempenho de estudantes – ENADE, 2004

A exemplo do que ocorreu com o Censo da Educação, o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes de Farmácia – 2004 (ENADE-2004), em seus questionários, produziu uma radiografia sócio-econômica dos estudantes de Farmácia. As análises que se seguem estão embasadas nestes dados.

Considerando o estado civil, não houve diferença entre ingressantes e concluintes, sendo 86% dos estudantes solteiros (Gráficos 10 e 11).

Gráfico 10. Estado civil dos ingressantes

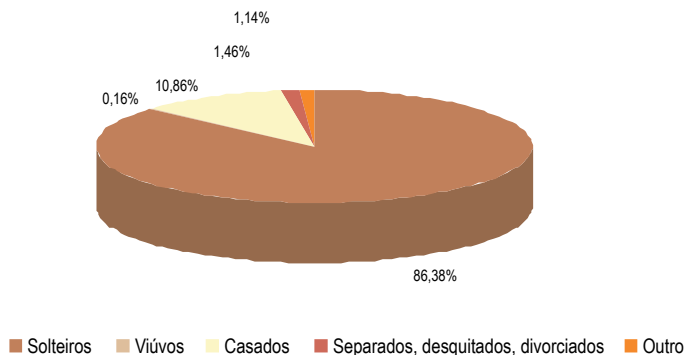
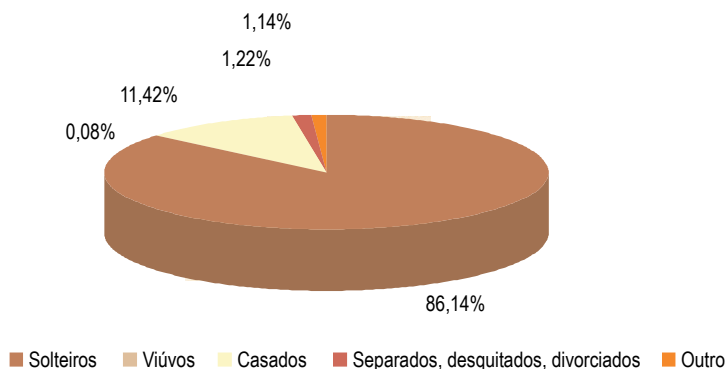


Gráfico 11. Estado civil dos concluintes



Situação similar se repete quando se analisa a etnia dos estudantes participantes, onde brancos representam a expressiva maioria, tanto entre os ingressantes quanto entre os concluintes, seguidos por pardos ou mulatos e amarelos. É importante destacar que, enquanto o percentual de brancos concluintes é superior ao de ingressantes, o percentual de pardos ou mulatos e negros concluintes é inferior (Gráficos 12 e 13).

Gráfico 12. Etnia dos ingressantes

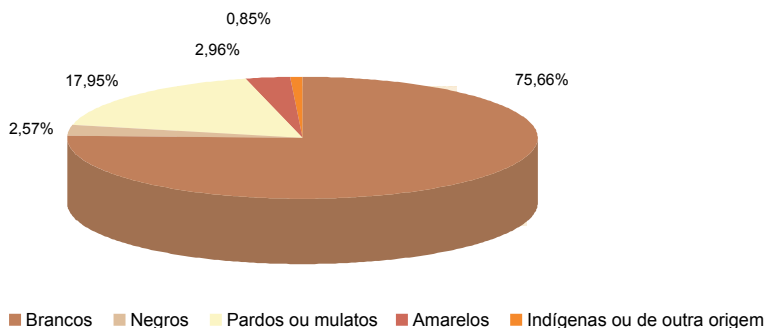
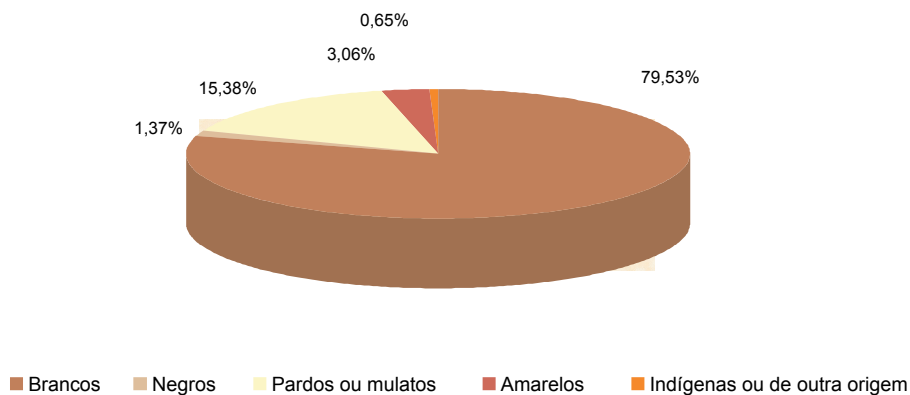
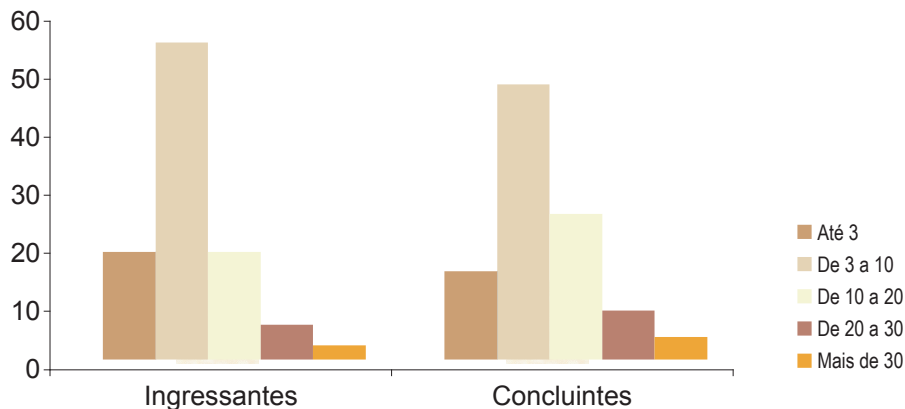


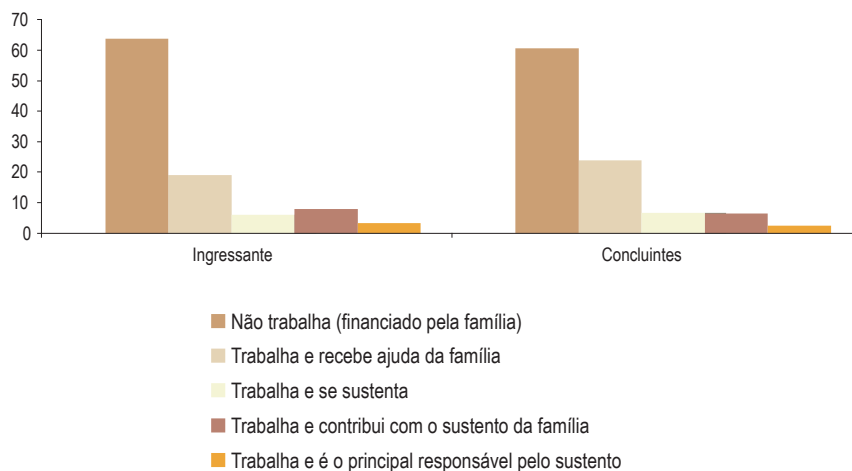
Gráfico 13. Etnia dos concluintes

A distribuição da renda familiar dos estudantes é apresentada no Gráfico 14. O maior percentual das famílias apresenta renda entre três e dez salários mínimos, tanto entre os ingressantes como entre concluintes. É importante ressaltar que, nas faixas até dez salários mínimos, a proporção de estudantes concluintes diminui. Por conseguinte, nas faixas acima de dez salários mínimos, a porcentagem de estudantes concluintes é maior que a de ingressantes. Uma possível explicação é o fato de que a maioria dos cursos de Farmácia são ofertados em regime de tempo integral, impedindo que o estudante possa exercer atividade remunerada, levando-o a enfrentar dificuldades para conciliar o curso com o exercício de um trabalho.

Gráfico 14. Renda mensal familiar de ingressantes e concluintes

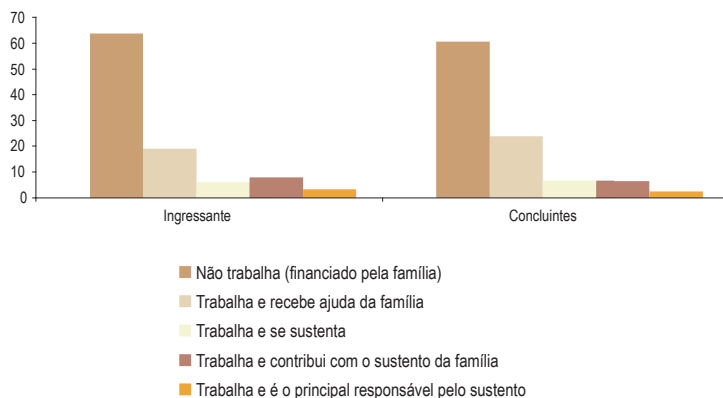


Esta tese é reforçada pela análise da situação ocupacional dos estudantes (Gráfico 15). Entre os concluintes, 60,7% afirmam não ter trabalhado e terem seus gastos financiados pela família, enquanto entre os ingressantes este número é da ordem de 64%. Em contrapartida, 6,6% dos concluintes trabalham e se sustentam, sendo que 2,4% são os principais responsáveis pelo sustento da família. Entre os ingressantes, a situação é semelhante.

Gráfico 15. Situação ocupacional de ingressantes e concluintes

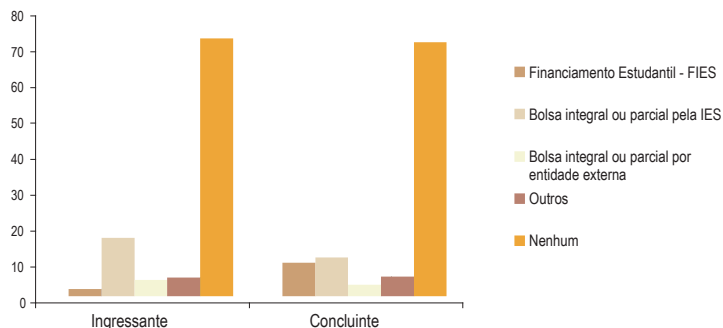
A análise da carga horária dedicada ao trabalho (Gráfico 15.1) revela que 48,1% dos concluintes não exerceram nenhum tipo de atividade remunerada. A proporção de estudantes de Farmácia que trabalham em tempo integral cai de 27,1% entre os ingressantes, para 20,6% dos concluintes. Estes números embora reafirmem a dificuldade dos estudantes de conciliar suas atividades acadêmicas com a inserção no mercado de trabalho, também indicam uma necessidade de ingresso no mercado de trabalho, provavelmente em decorrência das condições econômicas da família (Gráfico 14).

Gráfico 15.1. Situação ocupacional x carga horária



Outra possibilidade de análise recai sobre o fato de que a maior parte dos estudantes de Farmácia encontra-se em estabelecimentos privados (Gráfico 4), sendo o pagamento das mensalidades dos cursos um possível obstáculo à conclusão pelos estudantes de menor poder aquisitivo. Esta situação torna-se mais evidente ao considerar-se o fato de que cerca de 70% dos estudantes, tanto ingressantes quanto concluintes, não tiveram acesso a qualquer espécie de financiamento ou concessão de bolsa em 2004 (Gráfico 16).

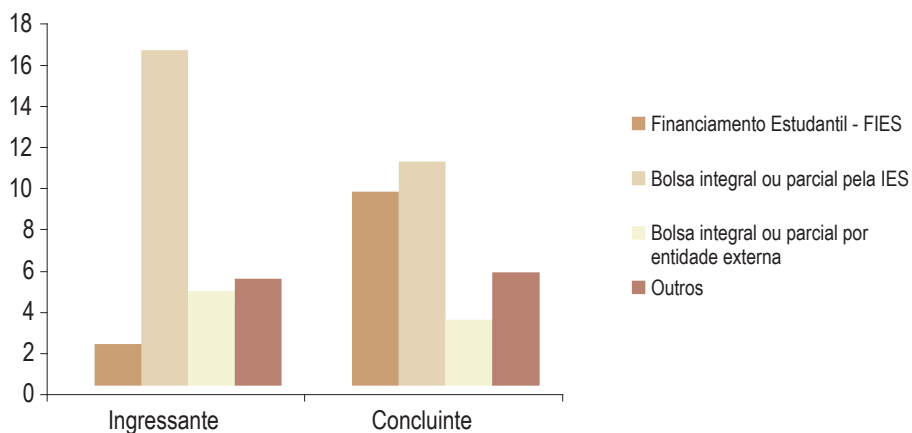
Gráfico 16. Concessão de bolsa de estudo ou financiamento



Uma análise mais detalhada, considerando-se apenas os estudantes com bolsa, ou financiamento (Gráfico 16.1), mostra uma maior oferta de bolsas das IES para ingressantes (16,3%) quando comparada aos concluintes (10,9%).

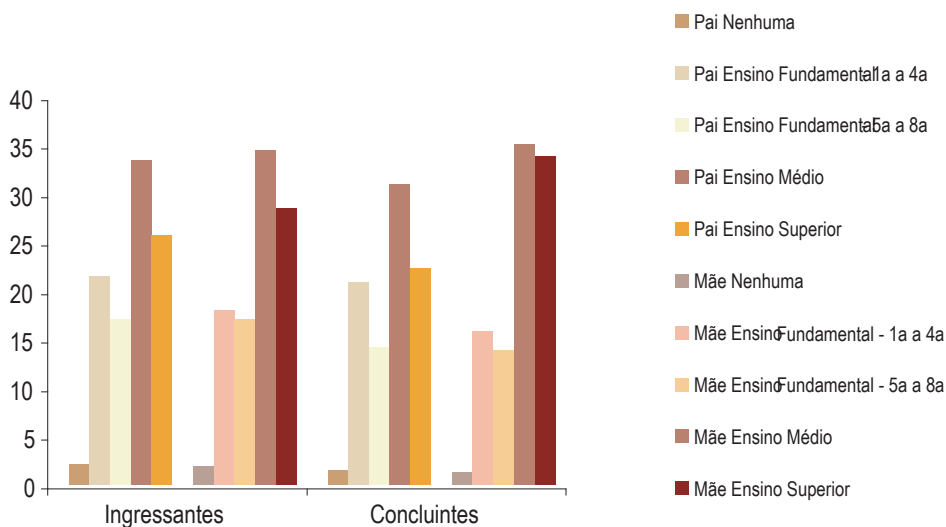
A expansão no número de instituições (Gráfico 4) e conseqüentemente de vagas (Gráfico 5) ofertadas, acentuado ano a ano no período de 1997 – 2004, gerou uma aparente diminuição no número de bolsas, que atendia a 9,4% dos concluintes e atualmente atende a 2% dos ingressantes. Todavia, este dado não deve ser analisado isoladamente, uma vez que mesmo tendo ocorrido uma expansão do número de bolsas concedidas, esta foi substancialmente inferior à expansão do número de vagas.

16.1. Concessão de bolsas e financiamento



Estes dados ganham maior dimensão ao analisar-se o grau de escolaridade dos pais destes estudantes (Gráfico 17).

Gráfico 17. Grau de escolaridade dos pais

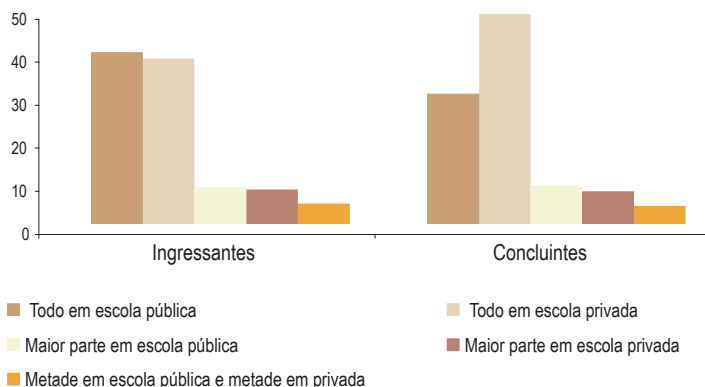


A grande maioria (74,3%) dos pais dos ingressantes possui o Ensino Fundamental completo, situação semelhante ao que ocorre entre as mães destes estudantes (71,5%) (Gráfico 17). Apenas 33,5% dos pais e 34,5% das mães dos ingressantes possuem o Ensino Médio completo. Esta situação é similar entre os concluintes, onde apenas 31% dos pais e 35,1% das mães concluíram o Ensino Médio.

Estes dados apontam para uma correlação entre o grau de escolaridade dos pais e renda familiar dos estudantes, uma vez que 73,1% dos ingressantes têm renda familiar de até 10 salários mínimos (Gráfico 14).

Apesar dos dados revelarem uma predominância de estudantes oriundos de famílias com renda inferior a 10 salários mínimos, observa-se que 40% dos ingressantes cursaram todo o Ensino Médio em escola pública, somado a 8,6% dos estudantes que cursaram a maior parte do Ensino Médio na rede pública. Já entre os concluintes, 48,9% cursaram todo o Ensino Médio em escola privada, e outros 7,6% cursaram a maior parte do Ensino Médio em estabelecimentos privados.

Gráfico 18. Instituição em que cursou o ensino médio



O perfil de conhecimento estudantil de línguas estrangeiras (inglês e espanhol) é, de forma geral, insuficiente (Gráficos 19 e 19.1). Pode-se observar que pouco mais que 5% tanto dos ingressantes quanto dos concluintes dominam a língua inglesa (leitura, redação e expressão oral), situação ainda mais crítica em relação à língua espanhola, onde este índice é inferior a 3% para os dois grupos de estudantes.

Gráfico 19. Conhecimento de língua inglesa

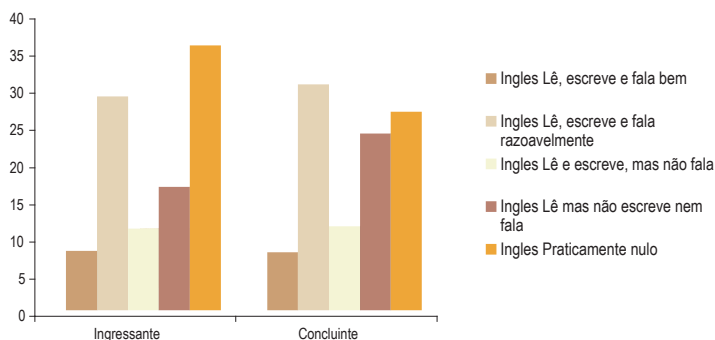
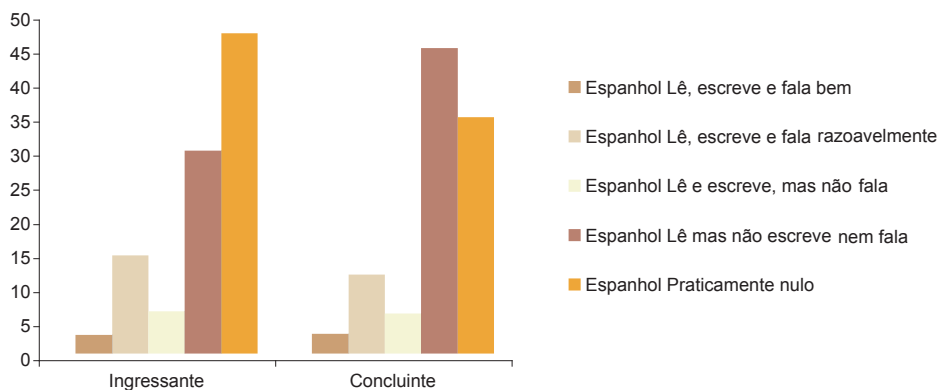
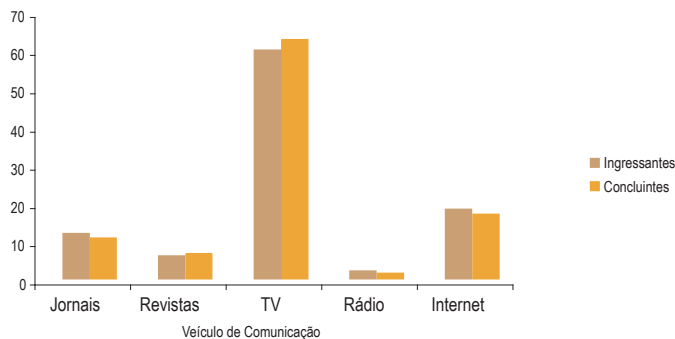


Gráfico 19.1. Conhecimento de língua espanhola



A busca pelo conhecimento em jornais e revistas, tanto pelos ingressantes, quanto pelos concluintes do curso, deixa muito a desejar, uma vez que somados menos de 20% dos estudantes usam este expediente como forma de atualização (Gráfico 20). Por outro lado, mais de 60% dos estudantes do curso têm na TV seu principal veículo de busca de conhecimento.

Gráfico 20. Meios de atualização



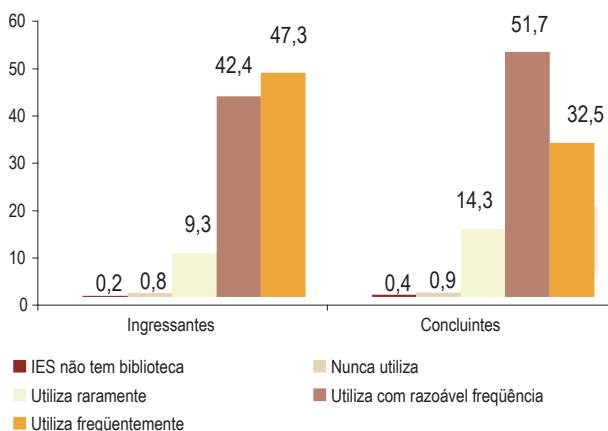
A busca pelo conhecimento via Internet é similar entre ingressantes e concluintes 18,6% e 17,3%, respectivamente. Estes dados são preocupantes, uma vez que 93,3% e 94,6% dos ingressantes e concluintes, respectivamente, declararam possuir acesso à Internet, como se verá adiante no Gráfico 24, levando a crer que esta ferramenta ainda não tem sido explorada em toda a sua potencialidade.

Os dados relativos à atualização do conhecimento são corroborados pelo uso da biblioteca (Gráfico 21), onde, verifica-se que 42,4% e 51,7% dos ingressantes e concluintes, respectivamente, a utilizam apenas com razoável frequência. Mais grave ainda é o fato de que apenas 32,5% dos concluintes utilizam a biblioteca com frequência, hábito indispensável a um profissional que irá lidar constantemente com as questões de inovação tecnológica, revisão de legislação sanitária e evolução no conhecimento farmacológico.

Adicionalmente, a utilização da Internet e da biblioteca, ferramentas essenciais para a atualização profissional, faz parte, entre outros, dos hábitos necessários a uma efetiva implantação da educação continuada, conforme preconizado nas diretrizes curriculares para os cursos de Farmácia.

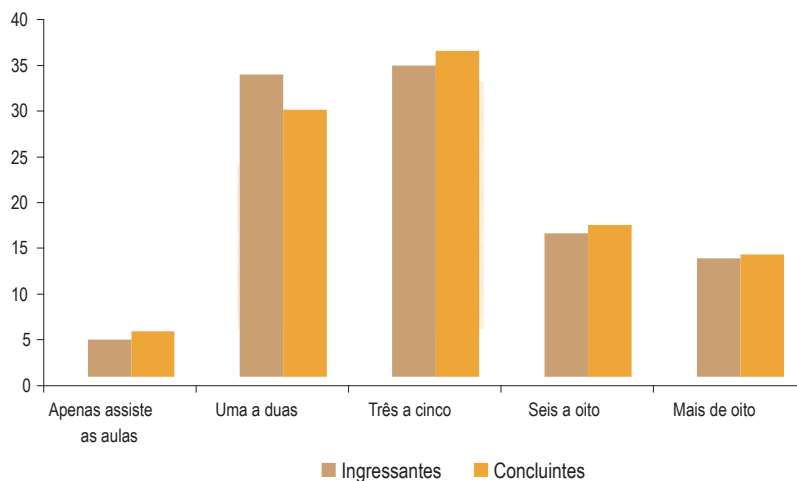
Destacamos também que 0,2% dos ingressantes e 0,4% dos concluintes afirmam que suas IES não dispõem de biblioteca.

Gráfico 21. Frequência de utilização da biblioteca da IES



O gráfico 22 apresenta o perfil de horas semanais dedicadas ao estudo pelos estudantes. É grave o fato de que os 71,3% e 70% dos ingressantes e concluintes, respectivamente, dedicam menos que 6 horas semanais ao estudo, excluído o tempo de sala de aula. Aproximadamente 15% dos ingressantes e concluintes afirmaram dedicar de 6 a 8 horas semanais ao estudo, o que ainda pode ser considerado um tempo insuficiente para a consolidação do conhecimento proposto em sala de aula. Somente 13% dos ingressantes e concluintes dedicam mais de 8 horas semanais para a busca de conhecimentos extraclasse.

Gráfico 22. Horas semanais dedicadas ao estudo extraclasse

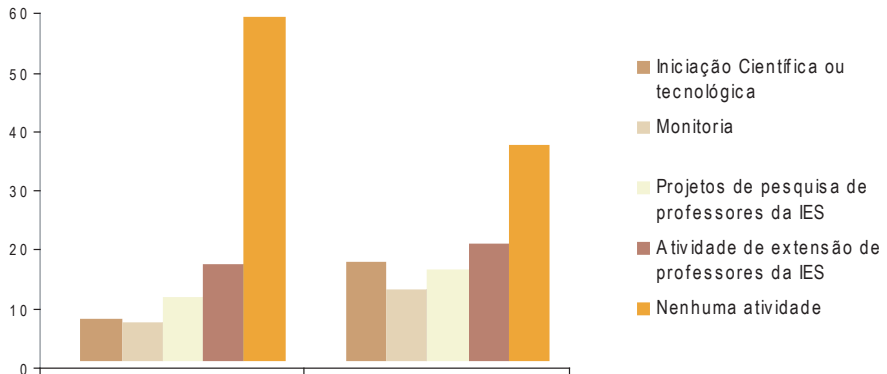


Este dado reforçado pela baixa utilização da biblioteca gera preocupações quanto ao processo de formação acadêmica, o qual poderá ficar comprometido e conseqüentemente refletir-se na qualidade profissional do egresso.

Ao analisarmos a inserção de alunos de Farmácia nas práticas acadêmicas desenvolvidas durante o curso, chama a atenção o fato de que 63,5% (Gráfico 23) dos concluintes participaram de pelo menos uma destas atividades. No entanto, este dado contrasta tanto com a baixa utilização da biblioteca, quanto com as horas dedicadas pelos estudantes ao estudo extraclasse.



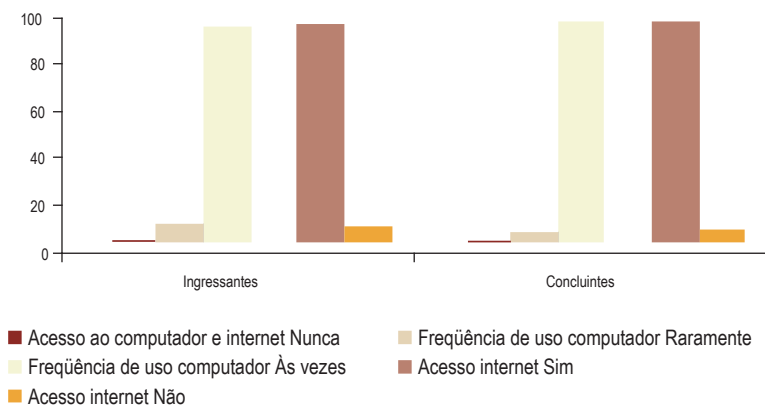
Gráfico 23. Atividades acadêmicas desenvolvidas durante o curso



Pode-se constatar que, com o avançar do curso, os estudantes tendem a se engajar em atividades acadêmicas complementares, contribuindo assim para a sua formação. Ao ampliar seu horizonte de conhecimentos, eles passam a estar mais preparados para participar de atividades de pesquisa, entrando assim em um ciclo virtuoso. O incremento deste tipo de atividade, com relação aos atuais ingressantes, poderá ser melhor analisado prospectivamente, quando da próxima avaliação, em comparação aos então concluintes.

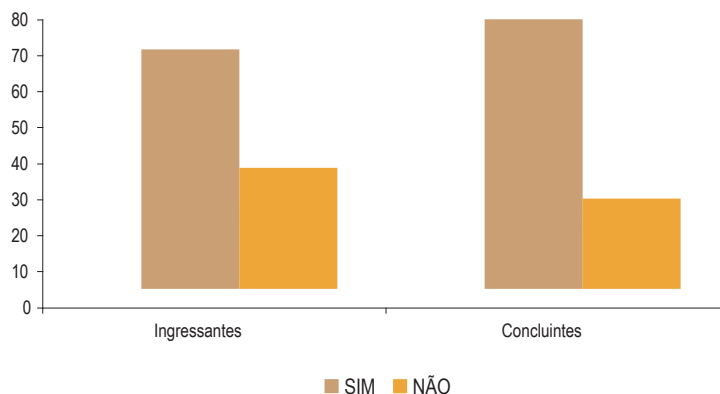
O perfil de utilização de computadores e do acesso à Internet é muito semelhante entre os ingressantes e concluintes (Gráfico 24). Chama a atenção o fato de que a grande maioria dos estudantes usa rotineiramente as ferramentas computacionais e tem acesso à Internet. No entanto, a Internet é referida por apenas 18,6% dos ingressantes e 17,3% dos concluintes como uma das formas empregadas para a atualização de conhecimento. Esta aparente incongruência pode refletir tanto a utilização da internet prioritariamente para outros fins quanto as dificuldades do processo de formação em fortalecer a capacidade de busca autônoma de informação, bem como a capacidade do aluno de aprender a aprender.

Gráfico 24. Freqüência de uso do computador e acesso à Internet



Talvez aí resida boa parte da explicação para a baixa exploração do potencial da Internet para fins de busca de informação técnica e científica. Considerando-se que a Internet tem sido a ferramenta escolhida por vários órgãos governamentais para a democratização do acesso à informação técnica e científica de qualidade, pode-se considerar oportuno o reforço da divulgação de iniciativas como o Portal Periódicos (financiado pela CAPES) e o portal do medicamento (iniciativa da OPAS e do Ministério da Saúde), por exemplo.

Entre os concluintes, há um percentual maior de disponibilidade de computadores em casa, refletindo, provavelmente, a própria demanda oriunda do processo de formação. Chama a atenção o fato de que 23,5% dos ingressantes e 25,1% dos concluintes ainda não dispõem de acesso a esta tecnologia em suas residências (Gráfico 25).

Gráfico 25. Disponibilidade de computador em casa

Tendências e perspectivas

O perfil profissional do farmacêutico após a implantação das Diretrizes Curriculares (Resolução CNE/CES 02/2002) sofreu uma grande ampliação. O profissional farmacêutico no modelo generalista deverá ter formação que o habilite a atuar em áreas tão diversas quanto a produção e controle de qualidade de medicamentos, nutrientes, alimentos e insumos farmacêuticos; distribuição; armazenamento; dispensação; orientação, atenção e assistência; Farmácia hospitalar; Farmácia clínica; farmacovigilância; pesquisa; análises clínicas, análises bromatológicas; análises toxicológicas e forense; fitoterapia; homeopatia; serviços hemoterápicos e capacitação para atuar na elaboração da legislação pertinente ao âmbito profissional.

Fica claro, a partir deste perfil, o desafio para a formação deste profissional. Ressalte-se ainda que este deverá estar munido de capacidade de atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais para atender aos pressupostos do SUS, refletidos nas diretrizes curriculares atualmente em vigor.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O profissional farmacêutico que chega atualmente ao mercado de trabalho, apesar de estar sendo habilitado para o exercício profissional numa dinâmica multiprofissional, ainda não possui formalmente inserção no Programa Saúde da Família – PSF, bem como nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Esta ação de inclusão do profissional farmacêutico é premente, e terá certamente reflexos importantes na qualidade da atenção à saúde da sociedade brasileira.

Sob o foco da análise dos dados aqui apresentados, fica evidente a necessidade de que as políticas de ensino para o curso de Farmácia, particularmente com relação à abertura de novos cursos, sejam revistas. Parece ser adequado ao momento um processo de profunda discussão sobre o perfil profissional necessário e as perspectivas de ampliação dos mercados de trabalho de cada região.

Sobretudo, urge a necessidade de que sejam contempladas as peculiaridades de cada instituição e a realidade regional, dentro de uma visão estratégica do desenvolvimento nacional, de modo que a ação combinada das vocações e necessidades tecnológicas norteiem o processo de expansão do ensino de Farmácia, atendendo assim às políticas de saúde, ciência e tecnologia e crescimento econômico.

Torna-se necessário que, nos próximos anos, haja uma atenção e acompanhamento pelos gestores das políticas de ensino sobre os rumos que serão implementados em todo o território nacional, para que se garanta que a formação profissional atenda aos pressupostos e diretrizes estabelecidos pela Resolução CNE/CES 02/2002.

Neste sentido torna-se necessário que iniciativas como essa dos Ministérios da Educação e da Saúde sejam mantidas e ampliadas para que se possa avaliar a capacidade instalada da área de saúde e quais as demandas necessárias à formação profissional para maximizar a qualidade do atendimento prestado à população.

Após esta análise, permanecem ainda perguntas que deverão ser respondidas para que se possa embasar as políticas a serem adotadas. Será que os postulados da LDB quanto à carga horária semanal máxima poderão isoladamente melhorar este quadro? Os novos projetos pedagógicos, embasados nas diretrizes curriculares para o curso de Farmácia, estarão incorporando metodologias que estimulem a construção individual do conhecimento? Estará a formação docente em consonância com as mudanças tão necessárias de perfil profissional do egresso? Estarão as atividades complementares sendo identificadas como uma parcela importante da formação tanto por docentes quanto pelos discentes?

Ao respondermos estas questões estaremos ampliando nosso conhecimento sobre o ensino de Farmácia em suas dimensões, o profissional que está sendo formado e as necessidades do mercado em que este profissional deverá atuar.



Referência bibliográfica

- ARAGÃO, R.M. Parecer nº 287/69 do Conselho Federal de Educação. Brasília, 1969.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2001.
- FERNANDES, Z.C. **Manual de Orientação** – diretrizes curriculares de farmácia. Editora do CFF, Brasília, Brasil, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP/MEC). **Relatório técnico sócio-econômico do ENADE-2004**. Ministério da Educação e Cultura. Brasília, Brasil, 2004.
- _____. **Censo da Educação Superior 2003**. Ministério da Educação e Cultura. Brasília, Brasil, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Política de medicamentos privilegia acesso e qualidade. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2005.
- PERETTA, M. e CICCIA, G. **Reingeniería de la práctica farmacéutica**. Editora Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1998.
- SANTOS, J. S. **Farmácia Brasileira: Utopia e Realidade**. Editora do CFF, Brasília, Brasil, 2003.
- SANTOS, M.R.C. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino**. Editora Holos LTDA-ME, Ribeirão Preto, Brasil, 1999.
- TEMPORÃO, J.G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Editora Graal, Rio de Janeiro, Brasil, 1986.
- ZUBIOLI, A. **Profissão: farmacêutico. E agora?** Editora Lovise Científica, Curitiba, Brasil, 1992.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. www.ufpe.br/farmacia/historia1.htm. Acesso em 12 de fevereiro. 2006.

Armèle Dornelas de Andrade

Doutora, docente da Universidade Federal de Pernambuco.

Jadir Camargo Lemos

Doutor, docente da Universidade Federal de Santa Maria.

Pedro Dall'Ago

Doutor, docente da FFFCMPA/UNILASALLE.

A Fisioterapia, uma das mais jovens profissões da área da saúde, nasce e se desenvolve no Brasil por meio dos esforços de uma categoria profissional que conta hoje com aproximadamente 80 mil fisioterapeutas.

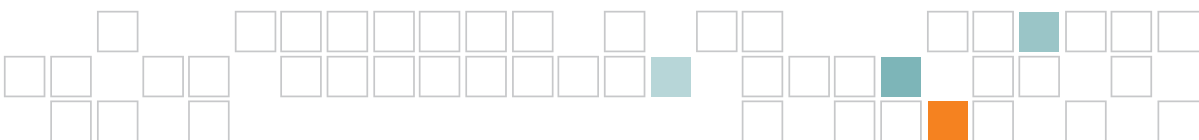
A crescente busca pela melhoria na qualidade do ensino no Brasil vem, há alguns anos, levando os órgãos competentes a aprimorar as formas de avaliação e acompanhamento da formação dos profissionais nas diversas áreas para fornecer subsídios às políticas e estratégias para melhoria do ensino.

Para adequadamente estabelecer este processo, faz-se necessário conhecer a origem, a evolução e o desenvolvimento da Fisioterapia como profissão da área da saúde. Também é importante conhecer a realidade atual da profissão, a oferta e a procura pelos cursos de graduação bem como o perfil socioeconômico do estudante do curso Fisioterapia. O presente texto é uma tentativa de sistematização sobre o atual conhecimento destes aspectos.

No entanto, não é a intenção deste capítulo instituir conceitos, elaborar respostas definitivas ou esgotar as possibilidades de discussão. A análise apresentada tem como base, além dos dados fornecidos pelo Ministério da Educação (Inep-Deaes) e Ministério da Saúde, os dados populacionais colhidos no último Censo do IBGE e os oriundos de diversas fontes que construíram a história da Fisioterapia.

FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA



Trajatória histórica e evolução da Fisioterapia no Brasil

Ao longo de mais de 80 anos (desde 1919) de atuação da profissão no Brasil, a Fisioterapia apresentou diferentes etapas, cada qual com sua peculiaridade e importância para o contexto atual. Nos diversos períodos da história passou por diferentes situações, porém manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas. De certa forma, essas características sofreram influências de três fatores: um fator histórico ligado a sua gênese; um fator legal, que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente da medicina.

O título recebido pelo profissional graduado em Fisioterapia, historicamente segue a tradição mundial. Na história nacional da Fisioterapia sua denominação evoluiu de técnico em Fisioterapia para fisioterapeuta, originário do termo *physiotherapist* utilizado pelas escolas anglo-saxônicas. A partir de 1959 em Assembleia Geral da Associação Brasileira de fisioterapeutas, decidiu-se, por maioria de votos e por coerência, adotar a denominação de fisioterapeuta, mais usual nos países de origem latina (Revista Brasileira de Fisioterapia, 1973).

Na Fisioterapia do Brasil do século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica, e assim há registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e também do serviço de hidroterapia no Rio de Janeiro, existente até os dias de hoje. O médico Arthur Silva, em 1884, participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1919, na cidade de São Paulo, o médico Raphael Penteadado de Barros fundou o Departamento de Eletricidade Médica, no que hoje pode ser considerada a Universidade de São Paulo. Na segunda década do século XX começam a surgir os serviços de Fisioterapia no centro do País sob a direção de profissionais médicos denominados médicos de reabilitação. Em 1929, o médico Waldo Rollim de Moraes colocou em funcionamento o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho. Por mais de 40 anos, de 1929 até 1969, a profissão de fisioterapeuta foi exercida sem regulamentação. Nesta etapa os recursos fisioterapêuticos eram aplicados somente sob a prescrição médica (Sanchez, 1984).

Após a Segunda Guerra Mundial, observa-se um significativo aumento no número de indivíduos com seqüelas físicas, evidenciando a necessidade de modernização dos serviços de Fisioterapia do Rio de Janeiro e São Paulo, e a criação



de novos serviços em outros Estados. As atividades especializadas desenvolvidas durante o período da industrialização, em virtude das mudanças impostas pelo novo sistema econômico, produziram novas abordagens na medicina. A atenção voltou-se para o corpo como força de produção e as novas formas de tratamento passaram a utilizar maquinaria e equipamentos específicos de observação e de identificação de doenças. Essas novas tecnologias e a manutenção dos doentes em locais específicos foram fatores determinantes para que os novos profissionais da saúde fossem formados distantes da realidade social, com predomínio da assistência “curativa”, “recuperadora” e “reabilitadora” (Rebelatto, 1999).

Além do aparecimento de novas doenças relativas ao desgaste das estruturas corporais, pelas excessivas exigências do período industrial, as guerras contribuíram para a consolidação do exercício fisioterapêutico, pois “produziram um grande contingente de pessoas que precisavam de tratamento para se recuperar ou reabilitar e readquirir um mínimo de condições para voltar a uma atividade social integrada e produtiva”.

O que ocorreu com a profissão de fisioterapeuta não difere muito do que historicamente aconteceu com todas as profissões da área da saúde. Primeiramente sua prática foi instituída para posteriormente obter-se o reconhecimento dos cursos de formação e o reconhecimento profissional. A modernização das escolas médicas e o caráter científico e especializado das práticas de saúde talvez tenham constituído os primeiros passos para o reconhecimento legal da profissão no Brasil, já que a utilização de recursos físicos na assistência à saúde já era praticada desde 1879. Tal fato implicou no desenvolvimento da formação de recursos humanos, surgindo em 1951 o primeiro curso de formação de técnicos em Fisioterapia na Universidade de São Paulo, acessível a alunos com segundo grau completo. Estes profissionais eram denominados fisioterapeutas, conforme anteriormente comentado. Em 1954 é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR que, logo a seguir, abre o curso de técnico em reabilitação.

O surgimento da Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD, do Lar Escola São Francisco e das Casas da Esperança, absorveu esse novo conceito de assistência diferenciada incorporando, em seu meio, os profissionais técnicos formados pelos novos cursos. As primeiras turmas de técnicos de reabilitação formaram profissionais que se inseriram nos consultórios e clínicas auxiliando os médicos, que prescreviam os exercícios, as massagens, o uso do calor, da luz, dos banhos e dos rudimentares recursos eletroterápicos disponíveis para a recuperação do paciente. Diferentemente dos países da Europa (como na França, que em 1927 já possuía curso de graduação em Fisioterapia), no Brasil o ensino de Fisioterapia restringia-se a aprender ligar e desligar aparelhos, reproduzir mecanicamente

determinadas técnicas de massagem e exercícios, tudo sob prescrição médica. Os primeiros profissionais eram auxiliares do médico, seus ajudantes de ordem; não possuíam os conhecimentos necessários para a avaliação funcional, para compreensão do funcionamento normal ou anormal do corpo humano, tampouco conheciam os mecanismos de lesão das diferentes estruturas envolvidas com o movimento humano e portanto, não estavam adequadamente preparados para estabelecer as condutas fisioterapêuticas adequadas às diferentes situações.

A crescente preocupação com a qualidade do atendimento oferecido à população, fez com que os cursos se ampliassem para um período de dois anos, possibilitando maior acesso às informações necessárias para a formação profissional, embora o curso permanecesse sendo considerado como nível técnico. Em 1959, com a criação do Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, o primeiro curso a ser ampliado para dois anos foi o curso da Universidade de São Paulo. Em 1964, quando o INAR transformou em Instituto de Reabilitação – IR foram criados os primeiros cursos superiores de Fisioterapia. Porém, Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação atribui ao fisioterapeuta o caráter de auxiliar médico, definindo que lhe compete apenas a realização de tarefas de caráter terapêutico, sob a orientação e responsabilidade do médico. É necessário traçar breve comentário sobre essas considerações, pois o teor das mesmas evidencia que a denominação de “técnicos” sugere uma intencionalidade em limitar a ação e a autonomia desses profissionais, já que os mesmos deveriam ater-se, apenas, a executar o que fosse determinado pelos médicos. Essa gênese, não se restringiu apenas aos conteúdos e organização curriculares, mas alcançou a legislação que, mesmo tendo avançado posteriormente em termos de expressar autonomia, manteve, e ainda mantém, a dependência daqueles que desejam se manter no controle das ações em saúde. Esse mesmo parecer deixava claro que para a reabilitação era necessário um trabalho em equipe. Porém, arbitrariamente, designava o médico como responsável pelos demais profissionais, limitando as ações dos mesmos, implicitamente inferindo que não teriam competências para tal. Também é possível observar a forte influência dessa legislação sobre a determinação e manutenção da concepção do que seja o objeto de trabalho do fisioterapeuta. Como instrumento legal, esses documentos orientam modelos, práticas de atuação e estabelecem definições, influenciando na própria concepção do trabalho profissional e, até mesmo, nas áreas de conhecimento a ele relacionadas (Sanchez, 1984).

A prática dos fisioterapeutas tem consistido em assistência à doença, ocorrendo de forma fragmentada por áreas específicas de conhecimento e, de maneira geral, afastada dos reais problemas de saúde da população.

Evolução da regulamentação profissional

Na história da regulamentação da profissão de fisioterapeuta, a Organização Mundial de Saúde e a World Confederation of Physical Therapy – WCPT em 1969, promovem no México, o primeiro curso de mestrado em Fisioterapia, do qual são egressos dois fisioterapeutas brasileiros (Danilo Vicente Defini e Eugênio Lopez Sanchez). O reconhecimento legal da autonomia profissional ocorreu por meio do Decreto-Lei nº 938/69, que em 13 de outubro de 1969 criou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, ampliando sua competência por meio da redação dos artigos abaixo citados:

Art. 1º. É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente. Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomado por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior. Art. 3º. É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Essa legislação, além de prover sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, reconhecendo-os como profissionais de nível superior, também especificou atividades de direção de serviços, assessoria técnica, exercício do magistério, supervisão de profissionais e alunos e, dentre outras questões, incluiu as categorias como profissões liberais no quadro de atividades e profissões anexo à Consolidação das Leis do Trabalho. Dessa forma, a própria legislação promoveu uma ampliação da área de atuação, reconhecendo a autonomia desses profissionais que, de auxiliares médicos, passaram a ser responsáveis pela instituição das ações que envolvem métodos e técnicas específicos da Fisioterapia. Em 17 de dezembro de 1975, a Lei nº 6.316 cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs, órgãos de fiscalização do exercício profissional, que resulta na organização e fortalecimento da categoria profissional na luta pelo crescimento e reconhecimento da profissão, ampliando o campo de ação profissional. Nesse documento, o art. 13º, ao indicar a forma de identificação profissional, mediante carteira, também estabelece que seu exercício pode ocorrer na administração pública, direta e indireta, em hospitais, clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou exercício de cargo, função ou emprego de assessoria, chefia ou direção. Existe portanto, de forma indireta, uma determinação do tipo de atenção a ser prestada, com ações que se caracterizavam por serem remediadoras, curativas, recuperadoras ou reabilitadoras. As mesmas desenvolviam-se de acordo com a política de assistência à saúde da época, não no sentido da promoção de saúde, mas centradas nas doenças que acometiam os indivíduos nesses locais. A seguir, está reproduzido o primeiro artigo desta Lei:

Art. 1º. São criados o Conselho Federal – COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – CREFITO, com a incumbência de fiscalizar o exercício das respectivas profissões, definidas no Decreto-Lei n° 938, de 13 de outubro de 1969.

O COFFITO foi oficialmente instalado em agosto de 1977. Em seguida são criados inicialmente no ano de 1978 o CREFITO 1, CREFITO 2 e o CREFITO 3; no ano de 1985 o CREFITO 4 e o CREFITO 5; no ano de 1988 o CREFITO 6 e o CREFITO 7; no ano de 1991 o CREFITO 8; no ano de 1994 o CREFITO 9; no ano de 2003 o CREFITO 10; e, no ano de 2004 o CREFITO 11 e o CREFITO 12.

Com a publicação da Resolução no 8/78 do COFFITO foram explicitados os atos privativos dos fisioterapeutas, ou seja, algumas de suas competências. Pautado no que prevê a Lei 938/69, essa resolução, além de considerar o planejamento, a programação e a execução de métodos e técnicas fisioterápicos visando à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, em seu art. 3º.

Observa-se, nesse documento, uma preocupação centrada nos aspectos técnicos do exercício profissional, o que na época era justificado pela urgência em se delimitar as funções dos mesmos. Indicando ações voltadas para o corpo humano, o texto permite captar um caráter fragmentador quando se refere à necessidade de estabelecer o segmento e/ou a região do corpo a ser tratada, não fazendo alusão às repercussões que qualquer alteração ou intervenção possam trazer ao indivíduo.

Essa resolução antecedeu o Código de Ética da profissão, que foi aprovado por meio da Resolução n° 10 do COFFITO, tornado público em setembro desse mesmo ano. O Código de Ética Profissional deixa mais evidente o avanço ocorrido na legislação com relação à atuação profissional, principalmente quando ratifica a atenção fisioterápica nos diferentes níveis de atenção à saúde e estabelece como responsabilidade do profissional uma atenção ao cliente, referindo-se “ao respeito à vida humana”, preservando a integridade física ou psíquica “do ser humano”.

Como documento legal e de amplo alcance sobre o profissional, pois estabelece as normas éticas a serem observadas no exercício da profissão, o Código de Ética é, talvez, o único dentre os demais documentos legais que não foi concebido sob a ótica da “saúde-doença”, constituindo-se no primeiro documento que não utiliza a terminologia “paciente” para referir-se ao usuário dos serviços fisioterapêuticos, utilizando o termo “cliente”, ou seja, exclui a patologia como condição para o recebimento de atenção do profissional.

Esses documentos evidenciam as influências políticas do período em que foram estabelecidos. Essa observação nos conduz a considerar dois aspectos

interessantes na trajetória da profissão. O primeiro refere-se às modificações legais ocorridas ao longo da história da Fisioterapia, que interferiram diretamente no exercício e no processo formador desses profissionais, pois estabelecida a legislação, esta passou a servir de referência para os documentos advindos do Ministério de Educação e Cultura, que disciplinava os cursos de graduação. Essa orientação pautou-se nos já referidos aspectos legais e também nas limitações impostas pela gênese que atrelava a profissão às escolas ou serviços de medicina. O segundo aspecto, de ordem geral, refere-se ao período histórico pelo qual o País passava, já que de 1964 a 1984 o Brasil esteve sob o controle militar, o que privou o povo brasileiro do livre exercício de sua cidadania, atingindo, sem dúvida, a capacidade crítica e mobilizadora dos profissionais no sentido de maior participação nas definições de suas leis. Registra-se que o primeiro ato normatizador da profissão, a Lei Nº 938/69, foi decretada sob os auspícios do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que dava aos ministros das forças armadas brasileiras poderes de executivo.

À medida que essa legislação foi implementada, houve mudanças na formação profissional e no corpo de conhecimentos nela implicados. Apesar destes avanços, os fisioterapeutas permaneceram até 1984 como técnicos de reabilitação no plano de classificação de cargos no serviço público federal, quando o Decreto nº 90.640/84 passa a reconhecê-los como profissionais distintos do referido quadro, com plenos poderes. Nas alterações posteriores, a categoria funcional de fisioterapeuta passou a ser designada pelos códigos NS-943 ou LT-NS-943.

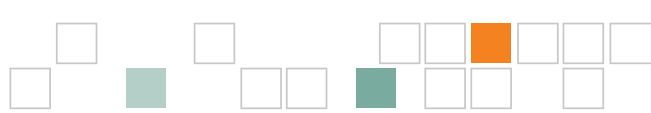
Parágrafo único – A categoria funcional de que trata este artigo compreende atividades de nível superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente.

Evolução do número de fisioterapeutas entre 1995 e 2005

Na análise do número total de fisioterapeutas registrados pelo COFFITO, no ano de 1995 tínhamos 16.068 fisioterapeutas. No ano de 2005, temos oficialmente registrados 79.382 profissionais, o que representa um crescimento absoluto de 63.314 (394%) fisioterapeutas de 1995 até 2005. A distribuição regional e a relação fisioterapeuta para cada 1.000 habitantes pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1. Demonstrativo do número de fisioterapeutas

| Regional | Total | % | Por 1.000 |
|---------------------|---------------|-------------|-------------|
| CREFITO 1 | 3.123 | 3,9 | 0,17 |
| Alagoas | 191 | - | - |
| Paraíba | 972 | - | - |
| Pernambuco | 1.275 | - | - |
| Rio Grande do Norte | 685 | - | - |
| CREFITO 2 | 20.065 | 25,3 | 1,07 |
| Rio de Janeiro | 18.599 | - | - |
| Espírito Santo | 1.466 | - | - |
| CREFITO 3 | 25.147 | 31,7 | 0,6 |
| São Paulo | 25.147 | - | - |
| CREFITO 4 | 7.497 | 9,4 | 0,39 |
| Minas Gerais | 7.497 | - | - |
| CREFITO 5 | 4.022 | 5,1 | 0,37 |
| Rio Grande do Sul | 4.022 | - | - |
| CREFITO 6 | 2.782 | 3,5 | 0,25 |
| Ceará | 2.606 | - | - |
| Piauí | 176 | - | - |
| CREFITO 7 | 2.821 | 3,6 | 0,18 |
| Bahia | 2.469 | - | - |
| Sergipe | 352 | - | - |
| CREFITO 8 | 5.607 | 7,1 | 0,55 |
| Paraná | 5.607 | - | - |
| CREFITO 9 | 2.211 | 2,8 | 0,3 |
| Mato Grosso | 877 | - | - |
| Mato Grosso do Sul | 1.111 | - | - |
| Acre | 65 | - | - |
| Rondônia | 158 | - | - |
| CREFITO 10 | 2.286 | 2,9 | 0,39 |
| Santa Catarina | 2.286 | - | - |
| CREFITO 11 | 2.577 | 3,2 | 0,32 |
| Goiás | 1.160 | - | - |
| Distrito Federal | 1.417 | - | - |
| CREFITO 12 | 1.217 | 1,5 | 0,07 |
| Amazonas | 123 | - | - |
| Amapá | 92 | - | - |
| Maranhão | 266 | - | - |
| Pará | 708 | - | - |
| Roraima | 28 | - | - |
| Total Geral | 79.382 | 100 | 0,43 |



Dos 79.382 fisioterapeutas registrados pelo conselho, o maior percentual está registrado no CREFITO 3 e o maior índice fisioterapeuta/1.000 habitantes está registrado no CREFITO 2, ambos da Região Sudeste do País. Em contrapartida, o menor percentual de profissionais registrados e o menor índice fisioterapeuta/1.000 habitantes, está no CREFITO 12, que comporta cinco Estados. Estes dados refletem os problemas de distribuição dos profissionais nas diversas regiões do País.

Evolução das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Fisioterapia

O Parecer nº 388/63 serviu de base para a primeira proposta curricular fixada pela Portaria Ministerial nº 511/64 que estabelece no art. 1º o conteúdo mínimo a ser desenvolvido nos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e o tempo de duração dos referidos cursos. Essa portaria, a partir de um “parecer” de peritos justificou a proposta com base na falta de profissionais habilitados e de recursos físicos e técnicos, prevendo as seguintes disciplinas: Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Ética e História da Reabilitação; Administração Aplicada; Fisioterapia Geral; Fisioterapia Aplicada; Terapia Ocupacional Geral, compreendendo a disciplina de Atividades Terapêuticas e Trabalhos Manuais e Terapia Ocupacional Aplicada. Em 1967, a Universidade de São Paulo baixa um regulamento por meio da Portaria GR nº 347, na qual se determina as matérias e disciplinas a serem desenvolvidas no primeiro curso superior, com duração mínima de três anos, atendendo ao citado parecer. Embora tenha sido ampliado o tempo de duração do curso de graduação de dois para três anos, a formação permaneceu tecnicista, pois limitava a atuação do profissional à tutela médica.

A partir da década de 80, a atuação do fisioterapeuta passa por um processo de transformação. A mudança de paradigma do objeto de trabalho do fisioterapeuta, até então limitado a atuar em recuperação e reabilitação. Os profissionais da área de Fisioterapia passam a incorporar, mesmo que timidamente e por iniciativa própria, novos campos de trabalho, que incluem a promoção e a prevenção da saúde da população. Em 1983, por meio da Resolução nº 4 do Conselho Federal de Educação, que contou com a colaboração de alguns profissionais fisioterapeutas, o currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia foi dividido em quatro ciclos assim distribuídos: primeiro ciclo: matérias biológicas: Biologia; Ciências Morfológicas – Anatomia Humana e Histologia; Ciências Fisiológicas – Bioquímica, Fisiologia e



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Biofísica; Patologias – Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas; segundo ciclo: matérias de formação geral: Ciências do Comportamento – Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia; Introdução à Saúde Humana – Saúde Pública e, Metodologia de Pesquisa Científica e Estatística; terceiro ciclo: matérias pré-profissionalizantes: Fundamentos da Fisioterapia – História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia; Avaliação Funcional – Cinesiologia, Bases de Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia; Fisioterapia Geral – Eletroterapia, Termoterapia, Fototerapia, Hidroterapia e Mecanoterapia; Cinesiologia – Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional e Recursos Terapêuticos Manuais – Massoterapia e Manipulação; quarto ciclo: matérias profissionalizantes: Fisioterapia Aplicada às Condições Neuro-Músculo-Esqueléticas – Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e à Reumatologia; Fisioterapia Aplicada às Condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas – Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia e Fisioterapia Aplicada à Pediatria; Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias – Fisioterapia Preventiva; estágio supervisionado – Prática de Fisioterapia Supervisionada.

No decorrer da década de 90, os profissionais da Fisioterapia passam a atuar na prevenção. Com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB n° 9.394/96), que estabelece a autonomia para as Universidades elaborarem seus currículos, os cursos de Fisioterapia incorporam a prevenção nas suas estruturas curriculares.

A nova LDB gerou a necessidade de uma discussão ampla entre os envolvidos nos processos de formação (MEC, MS, COFFITO, CREFITOs, instituições de ensino superior – IES, coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados) para a proposição e elaboração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), para a graduação em Fisioterapia.

Como instrumentos norteadores dessa proposta, além da Constituição Brasileira e da Legislação Nacional do Ensino Superior, outros documentos foram utilizados para reorientar os diferentes sistemas e níveis de ensino, assim como as ações em saúde. Entre esses, encontramos a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, Relatório Final da 11a Conferência Nacional de Saúde; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; documentos da Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde e Rede UNIDA e instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. Deve-se salientar que tais documentos, especialmente a Declaração Mundial sobre Educação Superior para o Século XXI, constituem um referencial fundamental para que haja, nas instituições



formadoras, possibilidades de desenvolvimento de procedimentos que permitam um aprender “com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde – SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira”. Nesse sentido, talvez procurando explicitar conceituações adotadas e evitar equívocos por parte de algumas instituições, acompanha o parecer, um conjunto de citações da Constituição Brasileira que se refere à conceituação de saúde e aos direitos de acesso à assistência à saúde dos cidadãos e comunidades, além de artigos da Lei N° 8.080/90 (Lei orgânica do Sistema Único de Saúde).

Enquanto o que referimos acima se constitui o objeto das diretrizes, também identificamos, em seu objetivo, uma preocupação em proporcionar um processo ensino-aprendizagem em que os alunos dos cursos de graduação em saúde aprendam a aprender, o que envolve não só o domínio de conteúdo teórico e de técnicas intervencionista, mas que engloba “aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades”.

Ao apresentar o mérito das diretrizes propostas, a comissão de especialistas traçou uma crítica ao antigo modelo curricular que se constituía num verdadeiro aprisionamento, em uma “grade” curricular que, em muitos casos, atuava apenas como mero instrumento de transmissão de conhecimento e informações, deixando de considerar as rápidas e desafiantes mudanças da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional no mundo de hoje. O referido modelo serviu de orientação para os cursos de Fisioterapia que foram autorizados e reconhecidos até setembro de 2001, quando as novas diretrizes curriculares foram aprovadas, por meio do Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 1.210/2001.

As novas diretrizes incentivam uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa superar os desafios permanentemente renovados na prática profissional e na produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa.

Os princípios considerados nessa nova organização asseguram às IES ampla liberdade na composição da carga horária (suficiente para desenvolver os conteúdos que contemplem a aquisição das habilidades e competências previstas pelas DCNs) a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como a especificação das unidades de estudos a serem ministradas, devendo indicar os



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que os comporão, evitando, dessa forma, fixação de conteúdos específicos, com cargas horárias pré-determinadas.

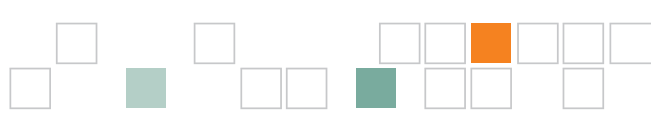
Esse processo de orientação curricular, historicamente diferenciado dos demais pela forma como foi construído, ainda adotou um formato comum para as áreas de conhecimento que integram a saúde.

Neste novo contexto, o perfil do egresso deve contemplar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

Para o desenvolvimento destas habilidades e competências, a matriz curricular dos cursos de graduação em Fisioterapia deve contemplar conteúdos relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia. Neste sentido, os conteúdos a serem desenvolvidos são ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos.

Os conteúdos estabelecem a exigência de estágios e atividades complementares para a formação; a organização do curso e a forma como se processará o acompanhamento e avaliação do mesmo. Quanto ao estágio, o parecer determina sua carga horária e os níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc. As atividades complementares deverão ser desenvolvidas durante todo o processo de formação considerando diferentes tipos de atividades, podendo, dessa forma, serem reconhecidos como tal: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Os padrões de qualidade que orientam a organização dos cursos de Fisioterapia apontam para recomendações e determinações que dizem respeito à manutenção das condições pedagógicas de qualidade sob o ponto de vista teórico/metodológico e científico (bem como técnico/profissional) para a formação de recursos humanos em Fisioterapia. Neles, constam as orientações sobre o projeto pedagógico e sua



integração aos serviços de saúde locais; a manutenção de convênios para fins de estágios e/ou outras práticas; a proporção de número de alunos/docentes nas diferentes atividades a serem realizadas. Estabelece, da mesma forma, parâmetros que atendem a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, com relação a qualificação docente, acrescentando orientações com relação aos laboratórios e bibliotecas.

A interpretação que fazemos a partir da análise histórica dos currículos para os cursos de Fisioterapia permite visualizar um avanço, tanto em relação aos aspectos de contextualização desses profissionais, ou seja, no perfil desejado, quanto em relação aos aspectos de aprofundamento científico que envolve os conteúdos componentes de sua formação.

Partindo do princípio de que o conhecimento do objeto de trabalho e estudo de uma profissão é o fator capaz de distingui-la das demais, evidencia-se um avanço teórico quando observamos, nesse último parecer, o estabelecimento do fisioterapeuta como o profissional formado para atuar sobre o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto no que se refere às alterações patológicas, cinético-funcionais, quanto em suas repercussões orgânicas e/ou psíquicas. Destaca-se, neste aspecto, o objetivo maior de preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, e a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução de procedimentos fisioterapêuticos pertinentes.

Observa-se, a partir da análise de modelos curriculares já existentes, que o modelo cartesiano ainda é prevalente na maioria das escolas, ou seja, sob a designação de científico, faz-se prevalecer um idealismo e uma racionalização em que vemos anulados aspectos da racionalidade que permitem o diálogo entre filosofia, ciência, sujeito, objeto, quantidade, qualidade.

Reconhecemos, com as novas diretrizes, o avanço ocorrido na elaboração, estruturação e determinação de competências e habilidades e na indicação de estudos interdisciplinares que envolvem as diferentes áreas, e o atrelamento da prática voltada para a realidade social de nossa população e dos preceitos que orientam a organização de nosso sistema de saúde.

Observamos que, desde a sua origem até a atualidade, são largos os passos em direção a uma formação diferenciada em relação às ciências sociais e humanas. É nessa área que vemos incluído o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos, bem como na inclusão de conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração.

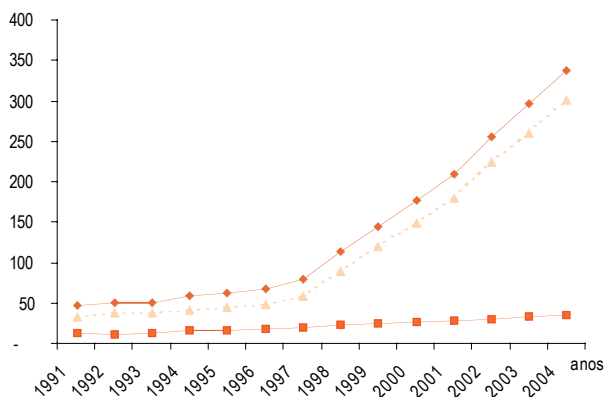
Obedecendo a essa lógica, parece-nos que na discussão dos saberes, competências e habilidades encontraremos novos argumentos capazes de provocar mudanças sobre esse processo contínuo de formação profissional.

Trajетória e evolução dos cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil

Evolução no número de cursos de graduação no período 1991 – 2004

O número de cursos de graduação em Fisioterapia passou de 48 em 1991 para 339 em 2004, o que representa um crescimento de 606,3 % neste período. O gráfico três permite acompanhar anualmente este crescimento.

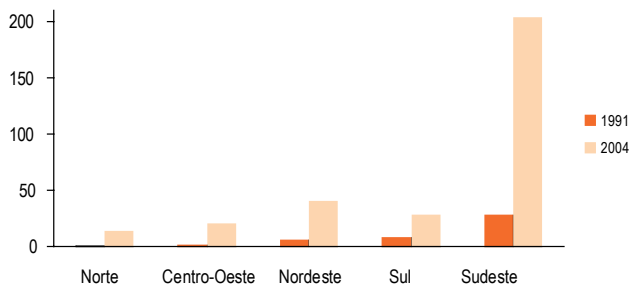
Gráfico 3. Crescimento do número de cursos de Fisioterapia no Brasil no período de 1991 – 2004



Analisando o crescimento regional (Gráfico 4), a Região Norte apresentou o maior crescimento percentual (1.300%), sendo que o número de escolas desta região passou de 1 para 14. A Região Centro-Oeste passou de 2 para 21 cursos, representando um crescimento percentual de 950%. As regiões sudeste, Sul e Nordeste apresentaram um crescimento de 603,4%, 555,6% e 485,7%,

respectivamente. Na Região Sudeste o número de escolas passou de 29 para 204; na Região Sul passou de 9 para 29 e na Região Nordeste passou de 7 para 41.

Gráfico 4. Distribuição dos cursos de Fisioterapia no Brasil por região



Analisando o crescimento total do número de escolas, observa-se um comportamento semelhante em todas as regiões, sendo influenciado pela criação de novos cursos a partir do ano de 1996 (ver Tabela 2).

Tabela 2. Número de cursos de graduação presenciais de Fisioterapia, segundo as regiões e as unidades da federação – Brasil 1991 – 2004

| Regiões e Unidades da Federação | Número de Cursos de Graduação Presenciais | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Total | 48 | 52 | 52 | 59 | 63 | 68 | 80 | 115 | 146 | 178 | 211 | 256 | 297 | 339 |
| Norte | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 | 6 | 8 | 14 |
| Rondônia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 |
| Acre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Amazonas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Pará | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Nordeste | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 16 | 18 | 21 | 26 | 35 | 41 |
| Maranhão | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Piauí | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Ceará | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| Rio Grande do Norte | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Paraíba | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 6 |
| Pernambuco | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 6 |
| Alagoas | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Sergipe | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Bahia | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 | 11 |
| Sudeste | 29 | 32 | 32 | 35 | 38 | 41 | 51 | 76 | 95 | 115 | 133 | 160 | 180 | 204 |
| Minas Gerais | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 11 | 11 | 15 | 19 | 26 | 31 | 39 | 50 |
| Espírito Santo | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Rio de Janeiro | 8 | 9 | 9 | 10 | 12 | 14 | 15 | 18 | 24 | 29 | 33 | 39 | 41 | 42 |
| São Paulo | 17 | 18 | 17 | 18 | 19 | 20 | 25 | 46 | 54 | 64 | 70 | 85 | 95 | 103 |
| Sul | 9 | 10 | 10 | 12 | 12 | 13 | 14 | 20 | 26 | 33 | 38 | 49 | 57 | 59 |
| Paraná | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 7 | 9 | 14 | 18 | 24 | 26 | 27 |
| Santa Catarina | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 6 | 8 | 9 | 9 | 10 | 14 | 15 |
| Rio Grande do Sul | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 9 | 10 | 11 | 15 | 17 | 17 |
| Centro-Oeste | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 8 | 8 | 13 | 15 | 17 | 21 |
| Mato Grosso do Sul | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Mato Grosso | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Goiás | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 6 | 9 |
| Distrito Federal | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 |

Este crescimento percentual decorre da necessidade de instalação de novos cursos na região que dessem conta da formação profissional. No ano de 2004, a Região Norte contou com 2.073.628 jovens entre 18 e 24 anos, o número de vagas da região cresceu de 30 em 1991 para 2.160 em 2004, o que representa um crescimento percentual de 7100%. Porém, ressalta-se uma concentração na Região Sudeste do País. Em 1991 tínhamos 20,4 candidatos disputando uma vaga e no ano de 2004 tínhamos três candidatos disputando uma vaga. Parece portanto, que o grande crescimento dos cursos foi suficiente para contemplar a demanda.

Quando analisadas por categorias administrativas, em 1991, das 48 escolas existentes, 27% delas eram públicas (seis federais, 5 estaduais e duas municipais), as demais 73% delas eram privadas. Já em 2004 existiam 339 cursos dos quais somente 36 eram em instituições públicas (9 federais, 16 estaduais e 11 municipais). Os cursos das escolas públicas cresceram 276,9 % e nas instituições privadas o crescimento foi de 865,7%. Em resumo, pode-se afirmar que a maioria dos cursos de Fisioterapia pertencem a instituições particulares (89,4%) e estão concentrados, em sua maioria, na Região Sudeste (60,1%). Mesmo havendo este crescimento exponencial do número de escolas há um forte predomínio no aumento dos cursos em instituições particulares comparadas com as públicas. Destaca-se também, que a distribuição dos cursos por região não se faz homogênea. Outro fato importante, é que nas regiões Norte e Centro-Oeste não possuem cursos de Fisioterapia em universidades federais e as regiões Nordeste e Centro-Oeste não possuem cursos municipais. Na Região Centro-Oeste, há apenas um curso estadual, todos os outros são de instituições privadas.

Analisando por unidade da federação no ano de 2004, observa-se que o Estado de São Paulo é aquele que possui a maior quantidade de cursos, seguido de Minas Gerais e do Rio de Janeiro, sendo todos eles localizados na Região Sudeste. Outra grande parte dos cursos é proveniente dos Estados do Paraná e do Rio Grande do Sul, ambos pertencentes à Região Sul do Brasil. Com isso, vale salientar que os dados analisados terão como grande influência do resultado das avaliações dos estudantes do Sudeste e Sul do País, em especial do Estado de São Paulo. O curso de Fisioterapia é oferecido em 26 Estados brasileiros: havendo apenas o Acre, na Região Norte que não o oferece. Somente seis Estados oferecem mais de 10 cursos de Fisioterapia, são eles: Bahia (11), Rio Grande do Sul (17), Paraná (27), Rio de Janeiro (42), Minas Gerais (50) e São Paulo (103). As regiões Centro-Oeste e Norte possuem, apenas 6,7% e 4,4%, respectivamente, dos cursos de Fisioterapia do País.

Evolução das inscrições no processo de seleção no período de 1991 a 2004

No ano de 1991, 16.820 candidatos se inscreveram nos processos seletivos para os cursos de Fisioterapia. Destes, 5.870 (34,9%) foram para os processos seletivos em instituições públicas, e a grande maioria, 10.949 (65,1%) para os processos seletivos em instituições privadas. Em 2004, o número total de inscritos aumentou para 116.778, o que representa um aumento percentual de 594,3. A Tabela 3 mostra o comportamento das inscrições por unidade da federação e por ano.

Tabela 3. Número de candidatos inscritos nos cursos de graduação presenciais de Fisioterapia, segundo as regiões e as unidades da federação, 1991 – 2004

| Regiões e Unidades da Federação | Candidatos inscritos por processos seletivos | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Total | 16.820 | 15.996 | 18.099 | 23.836 | 34.961 | 40.556 | 56.248 | 65.272 | 82.251 | 104.245 | 104.301 | 113.971 | 113.777 | 116.778 |
| Norte | 612 | 571 | 350 | 378 | 534 | 454 | 857 | 679 | 935 | 2.634 | 2.476 | 2.873 | 3.921 | 6.474 |
| Rondônia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.324 | 842 |
| Acre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Amazonas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 449 | 371 | 737 | 663 | 1.661 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 283 |
| Pará | 612 | 571 | 350 | 378 | 534 | 454 | 857 | 679 | 935 | 1.839 | 1.547 | 1.694 | 1.405 | 2.915 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 346 | 558 | 442 | 529 | 773 |
| Nordeste | 3.055 | 2.338 | 3.171 | 3.620 | 5.832 | 5.925 | 6.738 | 6.802 | 10.257 | 14.314 | 15.622 | 21.162 | 25.286 | 26.613 |
| Maranhão | - | - | - | - | - | - | - | - | 346 | 542 | 806 | 944 | 975 | 706 |
| Piauí | - | - | - | - | - | - | - | - | 636 | 964 | 1.413 | 2.631 | 3.058 | 1.639 |
| Ceará | 722 | 713 | 570 | 747 | 955 | 841 | 945 | 1.021 | 846 | 1.723 | 1.572 | 3.736 | 2.481 | 3.348 |
| Rio Grande do Norte | 251 | 242 | 165 | 283 | 310 | 373 | 436 | 597 | 722 | 643 | 946 | 802 | 721 | 721 |
| Paraíba | 705 | 507 | 906 | 588 | 1.003 | 1.364 | 1.442 | 1.718 | 1.776 | 2.688 | 2.454 | 2.693 | 3.062 | 3.320 |
| Pernambuco | 378 | 370 | 361 | 638 | 775 | 866 | 853 | 1.129 | 1.199 | 1.858 | 1.924 | 3.045 | 3.674 | 4.492 |
| Alagoas | - | - | - | - | - | - | 229 | 259 | 351 | 595 | 575 | 900 | 2.216 | 2.709 |
| Sergipe | - | - | - | - | 536 | 391 | 747 | 791 | 649 | 616 | 560 | 442 | 391 | 412 |
| Bahia | 999 | 506 | 1.169 | 1.364 | 2.253 | 2.090 | 2.086 | 1.287 | 3.732 | 4.685 | 5.372 | 5.969 | 8.708 | 9.266 |
| Sudeste | 9.455 | 9.993 | 11.310 | 14.143 | 20.105 | 23.856 | 36.346 | 41.540 | 53.257 | 64.484 | 64.434 | 68.369 | 63.472 | 58.874 |
| Minas Gerais | 2.034 | 2.291 | 2.427 | 2.676 | 3.986 | 5.395 | 7.651 | 8.117 | 11.008 | 12.355 | 15.557 | 14.738 | 16.559 | 12.635 |
| Espírito Santo | - | - | - | - | - | - | - | 757 | 1.365 | 1.432 | 1.583 | 4.048 | 3.275 | 2.807 |
| Rio de Janeiro | 2.556 | 1.916 | 2.186 | 3.209 | 5.089 | 5.826 | 8.645 | 10.677 | 11.577 | 12.439 | 15.182 | 14.732 | 13.589 | 11.833 |
| São Paulo | 4.865 | 5.786 | 6.697 | 8.258 | 11.030 | 12.635 | 20.050 | 21.989 | 29.307 | 38.258 | 32.112 | 34.851 | 29.749 | 31.799 |
| Sul | 3.383 | 2.866 | 2.952 | 3.808 | 5.975 | 8.143 | 9.378 | 11.793 | 12.575 | 14.853 | 14.128 | 15.116 | 15.836 | 15.384 |
| Paraná | 1.757 | 1.110 | 1.090 | 1.146 | 1.561 | 3.185 | 3.564 | 4.450 | 4.789 | 7.001 | 6.696 | 6.284 | 6.553 | 6.126 |
| Santa Catarina | 297 | 172 | 234 | 1.075 | 2.332 | 2.522 | 3.426 | 3.859 | 3.970 | 3.749 | 2.025 | 1.678 | 2.177 | 3.595 |
| Rio Grande do Sul | 1.329 | 1.584 | 1.628 | 1.587 | 2.082 | 2.436 | 2.388 | 3.414 | 3.816 | 4.103 | 5.407 | 7.154 | 7.106 | 5.663 |
| Centro-Oeste | 315 | 228 | 316 | 1.887 | 2.515 | 2.178 | 2.929 | 4.528 | 5.227 | 7.960 | 7.641 | 6.451 | 5.562 | 9.433 |
| Mato Grosso do Sul | - | - | - | 542 | 737 | 535 | 496 | 828 | 974 | 1.352 | 1.266 | 1.109 | 1.165 | 1.137 |
| Mato Grosso | 104 | 90 | 97 | 117 | 218 | 195 | 366 | 207 | 203 | 244 | 432 | 384 | 592 | 295 |
| Goiás | - | - | - | 893 | 1.117 | 1.090 | 1.608 | 1.656 | 2.568 | 5.108 | 4.030 | 2.744 | 2.462 | 6.594 |
| Distrito Federal | 211 | 138 | 219 | 335 | 443 | 358 | 459 | 1.837 | 1.482 | 1.256 | 1.913 | 2.214 | 1.343 | 1.407 |

Regionalmente, o crescimento entre 1991 e 2004 foi de 2.894,6% na Região Centro-Oeste, 957,8% na Região norte, 771,1% na Região nordeste, 522,7% na Região Sudeste e de 354,7% na Região sul. Neste sentido, o crescimento do número de escolas influenciou o aumento percentual da procura principalmente na Região Centro-Oeste e Norte que registraram os dois maiores percentuais de crescimento do número de escolas.

Com relação à distribuição dos candidatos inscritos por categoria administrativa (pública ou privada), no ano de 1991, dos 16.820 inscritos, 5.871 (34,9%) foram em instituições de Ensino Superior do setor público e 10.949 (65,1%) eram de instituições do setor privado. De 1991 para 2004 o número de candidatos inscritos aumentou em 21.577 (367,5%) nas instituições públicas e em 78.381 (715,8%) nas instituições privadas. Como nas instituições públicas o crescimento foi menor do que nas privadas, neste período, em 2004 o percentual de candidatos inscritos foi de 23,5% nas públicas e de 76,5% nas privadas. Este comportamento expressa a menor oferta de vagas nas instituições públicas comparadas com as privadas, chamando a atenção do poder público para incentivar a abertura de cursos de Fisioterapia em instituições públicas.

Evolução do número de vagas oferecidas no processo de seleção, no período, de 1991 a 2004

Em 1991, as 48 escolas ofereciam 3.250 vagas, em média cada escola oferecia 67,9 vagas. Neste ano, a Região Sudeste oferecia o maior número de vagas (2.060), seguida pela Região Sul que oferecia 610 vagas, Região Nordeste 390 vagas, Região Centro-Oeste com 160 vagas e Região Norte com somente 30 vagas. No ano de 2004, registrou-se um crescimento global médio de 1.657,9% em todo o País.

Tabela 4. Número de vagas dos cursos de graduação presenciais de Fisioterapia, segundo as regiões e as unidades da federação, 1991 – 2004

| Regiões e Unidades da Federação | Vagas oferecidas por processos seletivos | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | | |
| Total | 3.250 | 3.860 | 4.090 | 4.795 | 6.098 | 6.779 | 9.591 | 14.986 | 19.832 | 25.675 | 32.441 | 40.361 | 45.092 | 57.133 | | |
| Norte | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 270 | 1.632 | 580 | 950 | 2.160 | | |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Pará | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 130 | 1.229 | 130 | 130 | 290 | | |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100 | | |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 50 | 153 | 200 | 200 | 300 | | |
| Nordeste | 390 | 390 | 390 | 440 | 520 | 565 | 668 | 769 | 1.209 | 1.642 | 2.102 | 3.137 | 4.597 | 5.505 | | |
| Maranhão | - | - | - | - | - | - | - | - | 50 | 100 | 400 | 555 | 450 | 450 | | |
| Piauí | - | - | - | - | - | - | - | - | 20 | 40 | 110 | 330 | 420 | 410 | | |
| Ceará | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 105 | 210 | 210 | 460 | 495 | 680 | | |
| Rio Grande do Norte | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 90 | 125 | 124 | 110 | 130 | 130 | 130 | 140 | | |
| Paraíba | 120 | 120 | 120 | 100 | 100 | 100 | 100 | 156 | 232 | 232 | 202 | 232 | 482 | 902 | | |
| Pernambuco | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 70 | 143 | 140 | 140 | 240 | 870 | 891 | | |
| Alagoas | - | - | - | - | - | - | - | 20 | 20 | 200 | 200 | 290 | 390 | 390 | | |
| Sergipe | - | - | - | - | 80 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | | |
| Bahia | 100 | 100 | 100 | 170 | 170 | 170 | 178 | 178 | 395 | 490 | 590 | 780 | 1.240 | 1.522 | | |
| Sudeste | 2.060 | 2.550 | 2.780 | 3.155 | 4.418 | 4.984 | 7.474 | 11.910 | 15.662 | 19.834 | 23.547 | 29.396 | 30.318 | 38.655 | | |
| Minas Gerais | 220 | 300 | 340 | 420 | 520 | 520 | 785 | 1.106 | 1.600 | 2.036 | 2.960 | 3.619 | 4.428 | 6.057 | | |
| Espírito Santo | - | - | - | - | - | - | - | 100 | 160 | 210 | 370 | 652 | 610 | 969 | | |
| Rio de Janeiro | 770 | 920 | 1.040 | 1.080 | 1.613 | 2.159 | 3.186 | 4.366 | 5.512 | 7.674 | 9.545 | 12.353 | 10.896 | 9.625 | | |
| São Paulo | 1.070 | 1.330 | 1.400 | 1.655 | 2.285 | 2.305 | 3.503 | 6.338 | 8.390 | 9.914 | 10.672 | 12.772 | 14.384 | 22.004 | | |
| Sul | 610 | 730 | 730 | 790 | 830 | 900 | 1.134 | 1.731 | 2.186 | 3.034 | 3.745 | 5.294 | 6.330 | 6.251 | | |
| Paraná | 280 | 300 | 300 | 300 | 300 | 320 | 440 | 750 | 920 | 1.557 | 1.810 | 2.516 | 2.706 | 2.793 | | |
| Santa Catarina | 60 | 60 | 60 | 140 | 180 | 220 | 314 | 489 | 562 | 608 | 652 | 748 | 1.424 | 1.271 | | |
| Rio Grande do Sul | 270 | 370 | 370 | 350 | 350 | 360 | 380 | 492 | 704 | 869 | 1.283 | 2.030 | 2.200 | 2.187 | | |
| Centro-Oeste | 160 | 160 | 160 | 380 | 300 | 300 | 285 | 546 | 745 | 895 | 1.415 | 1.954 | 2.897 | 4.562 | | |
| Mato Grosso do Sul | - | - | - | 160 | 80 | 80 | 80 | 140 | 260 | 260 | 300 | 360 | 565 | 485 | | |
| Mato Grosso | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 280 | 600 | 640 | | |
| Goiás | - | - | - | 60 | 60 | 60 | 30 | 60 | 170 | 280 | 370 | 650 | 950 | 2.055 | | |
| Distrito Federal | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 75 | 246 | 215 | 255 | 545 | 664 | 782 | 1.382 | | |

Analisando os dados da Tabela 4 observamos que a Região Norte obteve o maior crescimento, passando de 30 para 2.160 vagas, o que representa um crescimento de 7.100%. A Região Centro-Oeste passou de 160 para 4.562 vagas, crescendo 2.751,3%. O terceiro maior índice de crescimento ocorreu na Região Sudeste que ofertava 2.060 vagas em 1991 e passou a ofertar 38.655 vagas em 2004, refletindo um crescimento de 1.776,5%. Na Região Nordeste, o crescimento foi de 1.311,5% a oferta de vagas que em 1991 era de 390 passou para 5.505 em 2004. Finalmente na Região Sul registrou-se o menor aumento percentual apesar de ainda ser muito grande. O número de vagas que era de 610 passou para 6.271, o que representa um percentual de aumento de 928.

Quando analisamos por categoria administrativa (pública ou privada) das 3.250 vagas oferecidas no ano de 1991, 635 (19,53%) eram oferecidas pelas instituições públicas, enquanto que, 2.615 (80,47%) eram oferecidas pelas instituições privadas. Do ano de 1991 para o ano de 2004, as vagas nas instituições públicas aumentaram 261,8% (1.663 vagas). No que tange às instituições privadas, o aumento foi de 1.997% (52.220 vagas). Isto representa uma redução percentual na oferta global de vagas pelas instituições públicas no ano de 2004 (4%) comparado com o ano de 1991 (19,53%) e o respectivo incremento nas instituições privadas.

Evolução do número de ingressos nos cursos de graduação no período de 1991 a 2004

Entre o ano de 1991 e o ano de 2004, houve um crescimento total de 26.742 ingressantes nos cursos de graduação em Fisioterapia, o que representa um incremento de 856,8%. Na distribuição deste crescimento por região, o maior percentual de crescimento está na Região Norte, que aumentou em 1.439 ingressos no período de 1991 a 2004, representando 4.796,7 pontos percentuais. Em seguida a Região Centro-Oeste que aumentou em 2.216 ingressos equivalendo a um aumento de 1411,5% e a Região Nordeste com 4.760 (1.325,9%). A Região Sudeste apresenta o quarto maior crescimento de 1.986 para 17.248, que significa um crescimento de 768,5%, e, finalmente a Região Sul, que cresceu de 589 em 1991 para 3.654 em 2004 com um percentual de aumento de 520,4%. Quando analisamos por categoria administrativa (pública ou privada), do total de ingressos de 1991, 589 (18,87%) eram de instituições públicas e 2.532 (81,13%) eram de instituições privadas. No período de 1991 para 2004, houve um aumento de ingressos nas instituições públicas de 1.385 alunos (235%), já o aumento nas instituições privadas foi de 25.357 alunos (1.001%). No ano de 2004 o número de alunos que ingressaram nas instituições públicas foi de 6,6% do total de ingressos comparados com os 18,87% no ano de 1991. É possível notar que no ano de 2004 a grande maioria dos estudantes ingressantes está nas instituições privadas (94,4%).



Evolução no número de matrículas nos cursos de graduação no período de 1991 a 2004

Observa-se, que o número de matrículas no ano de 1991 era de 11.379 e passou para 95.749 no ano de 2004, o que significou um crescimento de 741,5%.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Tabela 5. Número de matrículas nos cursos de graduação presenciais de Fisioterapia, segundo as regiões e as unidades da federação, 1991 – 2004

| Região/ Unidades da Federação | Matrículas nos Cursos de Graduação Presenciais | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Total | 1.379 | 12.060 | 13.125 | 14.957 | 18.150 | 21.346 | 25.748 | 34.383 | 44.582 | 56.575 | 66.599 | 79.449 | 88.508 | 95.749 |
| Norte | 166 | 172 | 173 | 166 | 164 | 164 | 166 | 175 | 174 | 364 | 769 | 1.177 | 1.661 | 2.379 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 103 | 317 |
| Acre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Amazonas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 90 | 287 | 454 | 583 | 725 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 42 |
| Pará | 166 | 172 | 173 | 166 | 164 | 164 | 166 | 175 | 174 | 274 | 371 | 448 | 550 | 618 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 97 |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 111 | 275 | 425 | 580 |
| Nordeste | 1.351 | 1.387 | 1.694 | 1.875 | 2.012 | 2.157 | 2.342 | 2.722 | 3.403 | 4.523 | 5.365 | 7.002 | 10.099 | 13.365 |
| Maranhão | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100 | 291 | 567 | 870 | 1.116 |
| Piauí | - | - | - | - | - | - | - | - | 20 | 58 | 114 | 329 | 703 | 1.023 |
| Ceará | 522 | 580 | 592 | 578 | 539 | 473 | 454 | 489 | 536 | 661 | 810 | 1.086 | 1.532 | 1.986 |
| Rio Grande do Norte | 63 | 109 | 130 | 117 | 126 | 139 | 194 | 279 | 378 | 471 | 480 | 447 | 530 | 582 |
| Paraíba | 507 | 364 | 547 | 583 | 572 | 572 | 545 | 574 | 635 | 730 | 802 | 909 | 1.064 | 1.321 |
| Pernambuco | 210 | 209 | 230 | 285 | 291 | 279 | 279 | 312 | 421 | 474 | 544 | 645 | 1.137 | 1.919 |
| Alagoas | - | - | - | - | - | - | 20 | 40 | 60 | 82 | 286 | 575 | 867 | 1.160 |
| Sergipe | - | - | - | - | 37 | 128 | 231 | 315 | 415 | 464 | 450 | 542 | 584 | 571 |
| Bahia | 49 | 125 | 195 | 312 | 447 | 566 | 619 | 713 | 938 | 1.483 | 1.608 | 1.902 | 2.812 | 3.687 |
| Sudeste | 7.459 | 7.856 | 8.575 | 9.724 | 12.089 | 14.707 | 17.860 | 24.797 | 32.775 | 41.682 | 48.935 | 56.263 | 58.027 | 59.451 |
| Minas Gerais | 768 | 927 | 1.030 | 1.353 | 1.621 | 1.879 | 2.122 | 2.950 | 3.856 | 4.927 | 6.500 | 8.311 | 9.720 | 11.733 |
| Espírito Santo | - | - | - | - | - | - | - | 102 | 248 | 387 | 722 | 1.144 | 1.475 | 1.598 |
| Rio de Janeiro | 3.262 | 3.197 | 3.455 | 3.691 | 4.541 | 5.935 | 7.617 | 9.369 | 12.228 | 14.828 | 17.609 | 20.543 | 20.986 | 20.031 |
| São Paulo | 3.429 | 3.732 | 4.090 | 4.680 | 5.927 | 6.893 | 8.121 | 12.376 | 16.443 | 21.540 | 24.104 | 26.265 | 25.846 | 26.089 |
| Sul | 2.151 | 2.259 | 2.218 | 2.627 | 3.064 | 3.333 | 4.184 | 5.075 | 6.411 | 7.614 | 8.703 | 10.656 | 12.978 | 13.905 |
| Paraná | 1.044 | 1.038 | 942 | 954 | 1.005 | 1.069 | 1.319 | 1.639 | 2.303 | 2.922 | 3.480 | 3.957 | 4.829 | 4.974 |
| Santa Catarina | 196 | 196 | 165 | 242 | 343 | 324 | 681 | 956 | 1.421 | 1.751 | 2.129 | 2.462 | 2.691 | 2.913 |
| Rio Grande do Sul | 911 | 1.025 | 1.111 | 1.431 | 1.716 | 1.950 | 2.184 | 2.480 | 2.687 | 2.941 | 3.094 | 4.237 | 5.458 | 6.018 |
| Centro-Oeste | 252 | 386 | 465 | 565 | 821 | 985 | 1.196 | 1.614 | 1.819 | 2.392 | 2.807 | 4.351 | 5.743 | 6.649 |
| Mato Grosso do Sul | - | - | - | - | 160 | 232 | 322 | 453 | 587 | 698 | 921 | 1.058 | 1.187 | 1.207 |
| Mato Grosso | 178 | 248 | 287 | 277 | 294 | 322 | 373 | 395 | 388 | 392 | 390 | 610 | 716 | 656 |
| Goiás | - | - | - | 29 | 85 | 142 | 186 | 244 | 232 | 540 | 232 | 1.196 | 1.994 | 2.834 |
| Distrito Federal | 74 | 138 | 178 | 259 | 282 | 289 | 315 | 522 | 612 | 762 | 996 | 1.487 | 1.846 | 1.952 |



Conforme evidenciado na Tabela 5, regionalmente, o crescimento do número de matriculados foi maior na Região Centro-Oeste onde houve um aumento de 6.397 matrículas, o que equivale a 2.538,4 % de aumento. As demais regiões também mostraram aumentos importantes, no Norte houve um aumento de 2.213 matrículas (1.333%), no Nordeste o aumento foi de 12.014 (889,3%), no Sudeste o aumento foi de 51.992 (697%) e no Sul o aumento foi de 11.754 (546,4%). Do total de 11.379 matriculados no ano de 1991, 2.375 (20,8%) eram de instituições públicas e 9.004 (79,2%) eram de instituições privadas. O crescimento do número de matrículas entre 1991 e 2004 foi de 5.396 (227,2%) nas instituições públicas e de 78.974 (877%) nas instituições privadas. Quando comparamos as instituições de acordo com a categoria administrativa (públicas ou privadas), no ano de 2004 observamos que nas instituições públicas houve um decréscimo de 20,8% em 1991 para 8,1% em 2004, enquanto nas instituições privadas houve um acréscimo de 79,2% para 91,9%.

Evolução no número de concluintes nos cursos de graduação no período de 1991 a 2004

Levando-se em consideração os anos de 1991 (1.951 concluintes) e 2004 (13.613 concluintes), pôde-se observar um aumento de 598,7% neste período. A Tabela 6 apresenta os dados desta evolução por ano segundo a unidade da federação.

Tabela 6. Número de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Fisioterapia, segundo as regiões e as unidades federação, 1991 – 2004

| Região e Unidades da Federação | Concluintes dos Cursos de Graduação Presenciais | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Total | 1.951 | 1.914 | 1.865 | 2.114 | 2.422 | 2.580 | 3.087 | 4.202 | 5.181 | 6.629 | 8.217 | 10.698 | 12.615 | 13.631 |
| Norte | 19 | 18 | 31 | 31 | 31 | 33 | 20 | 18 | 31 | 34 | 35 | 28 | 112 | 261 |
| Rondônia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Acre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Amazonas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 147 |
| Roraima | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pará | 19 | 18 | 31 | 31 | 31 | 33 | 20 | 18 | 31 | 34 | 35 | 28 | 112 | 114 |
| Amapá | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tocantins | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nordeste | 180 | 155 | 184 | 217 | 294 | 350 | 301 | 351 | 427 | 502 | 592 | 710 | 942 | 1.047 |
| Maranhão | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 42 |
| Piauí | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10 |
| Ceará | 86 | 74 | 80 | 111 | 134 | 126 | 86 | 77 | 64 | 58 | 93 | 98 | 116 | 163 |
| Rio Grande do Norte | - | 4 | 9 | 8 | 13 | 21 | 28 | 17 | 20 | 68 | 92 | 27 | 97 | 31 |
| Paraíba | 69 | 51 | 70 | 55 | 86 | 102 | 74 | 98 | 91 | 93 | 51 | 147 | 184 | 146 |
| Pernambuco | 25 | 26 | 25 | 43 | 27 | 37 | 34 | 37 | 60 | 60 | 64 | 70 | 106 | 89 |
| Alagoas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 13 | 20 | 18 |
| Sergipe | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 49 | 42 | 75 | 87 | 95 |
| Bahia | - | - | - | - | 34 | 64 | 79 | 122 | 143 | 181 | 204 | 261 | 280 | 313 |
| Sudeste | 1.385 | 1.381 | 1.236 | 1.377 | 1.635 | 1.771 | 2.206 | 2.968 | 3.847 | 4.909 | 6.121 | 8.153 | 9.234 | 9.573 |
| Minas Gerais | 74 | 148 | 138 | 184 | 234 | 182 | 303 | 380 | 443 | 457 | 595 | 915 | 990 | 1.510 |
| Espirito Santo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 83 | 126 | 190 |
| Rio de Janeiro | 662 | 522 | 462 | 467 | 555 | 603 | 739 | 961 | 1.632 | 1.882 | 2.237 | 2.471 | 3.030 | 2.939 |
| São Paulo | 649 | 711 | 636 | 726 | 846 | 986 | 1.164 | 1.627 | 1.772 | 2.570 | 3.206 | 4.641 | 5.024 | 4.863 |
| Sul | 367 | 360 | 350 | 399 | 387 | 342 | 436 | 608 | 597 | 928 | 1.186 | 1.408 | 1.798 | 1.961 |
| Paraná | 200 | 182 | 184 | 175 | 189 | 162 | 206 | 249 | 249 | 423 | 585 | 705 | 844 | 894 |
| Santa Catarina | 39 | 35 | 23 | 30 | 25 | 44 | 43 | 118 | 139 | 209 | 255 | 329 | 458 | 467 |
| Rio Grande do Sul | 128 | 143 | 143 | 194 | 173 | 136 | 187 | 241 | 209 | 296 | 346 | 374 | 496 | 600 |
| Centro-Oeste | - | - | 64 | 90 | 75 | 84 | 124 | 257 | 279 | 256 | 283 | 399 | 529 | 789 |
| Mato Grosso do Sul | - | - | - | - | - | - | - | 92 | 80 | 65 | 98 | 140 | 140 | 179 |
| Mato Grosso | - | - | 64 | 36 | 26 | 27 | 49 | 66 | 84 | 61 | 57 | 60 | 80 | 86 |
| Goiás | - | - | - | - | - | - | - | 21 | 44 | 54 | 49 | 53 | 141 | 296 |
| Distrito Federal | - | - | - | 54 | 49 | 57 | 75 | 78 | 71 | 76 | 79 | 146 | 168 | 228 |



Na análise regional, o maior crescimento percentual ocorreu na Região Norte, onde o número de concluintes passou de 19 em 1991 para 261 em 2004, crescendo 1.273%. Na Região Sudeste o número de alunos concluintes passou de 1.385 para 9.573 aumentando em 8.183 (591,2%). Na Região Nordeste, aumentou de 180 para 1.047, ou seja, 867 formandos a mais que corresponde a um aumento de 481,7%. A Região Sul passou de 367 para 1.961 aumentando em 1.599 (434,3%). Na Região Centro-Oeste, os primeiros concluintes foram registrados no ano de 1993 e o crescimento até 2004 foi de 725 alunos, o que equivale a um aumento de 1.132,8%.

Na análise por categoria administrativa, no ano de 1991, dos 1.951 concluintes, havia 410 (21%) nas instituições públicas e 1.541 (79%) nas instituições privadas. De 1991 para 2004, o crescimento do número de concluintes foi de 920 (224,4%) nas instituições públicas, enquanto, nas instituições privadas foi de 10.760 (698,2%). Podemos também observar que o crescimento das instituições públicas foi menor do que o das instituições privadas, resultando em uma redução percentual de alunos nas instituições públicas comparada com as privadas de 1991 para 2004. Assim, em 1991 havia 21% de alunos concluintes em instituições públicas, este percentual passou para apenas 9,7% enquanto que nas instituições privadas passou de 79% para 90,3%.

É importante analisar a relação entre ingressantes e concluintes, além de o comportamento desta variável ser diferente em termos numéricos por região (Tabela 7), fica evidente que o número de concluintes é sempre menor que o número ingressantes quatro anos antes.

Tabela 7. Percentual do número de concluintes do curso de Fisioterapia em relação ao número de ingressantes 4 anos antes, por região, 1991 – 2004

| Ano | Norte | | | Nordeste | | | Sudeste | | | Sul | | | Centro-Oeste | | |
|------|-------|--------|-------|----------|--------|------|---------|--------|------|-------|--------|------|--------------|--------|------|
| | Ingr. | Concl. | % | Ingr. | Concl. | % | Ingr. | Concl. | % | Ingr. | Concl. | % | Ingr. | Concl. | % |
| 1991 | 30 | 19 | - | 359 | 180 | - | 1.986 | 1.385 | - | 589 | 367 | - | 157 | - | - |
| 1992 | 30 | 18 | - | 394 | 155 | - | 2.368 | 1.381 | - | 663 | 360 | - | 146 | - | - |
| 1993 | 30 | 31 | - | 351 | 184 | - | 2.515 | 1.236 | - | 626 | 350 | - | 160 | 64 | - |
| 1994 | 30 | 31 | 103,3 | 876 | 217 | 60,4 | 3.030 | 1.377 | 69,3 | 752 | 399 | 67,7 | 380 | 90 | 57,3 |
| 1995 | 30 | 31 | 103,3 | 512 | 294 | 74,6 | 4.178 | 1.635 | 69,0 | 805 | 387 | 58,4 | 300 | 75 | 51,4 |
| 1996 | 30 | 33 | 110,0 | 548 | 350 | 99,7 | 4.713 | 1.771 | 70,4 | 909 | 342 | 54,6 | 300 | 84 | 52,5 |
| 1997 | 30 | 20 | 66,7 | 645 | 301 | 34,4 | 7.402 | 2.206 | 72,8 | 1.036 | 436 | 58,0 | 282 | 124 | 32,6 |
| 1998 | 30 | 18 | 60,0 | 747 | 351 | 68,6 | 10.920 | 2.968 | 71,0 | 1.678 | 608 | 75,5 | 516 | 257 | 85,7 |
| 1999 | 30 | 31 | 103,3 | 1.166 | 427 | 77,9 | 13.285 | 3.847 | 81,6 | 2.077 | 597 | 65,7 | 735 | 279 | 93,0 |
| 2000 | 270 | 34 | 113,3 | 1.562 | 502 | 77,8 | 15.331 | 4.909 | 66,3 | 2.584 | 928 | 89,6 | 883 | 256 | 90,8 |
| 2001 | 469 | 35 | 116,7 | 2.091 | 592 | 79,3 | 17.870 | 6.121 | 56,1 | 3.085 | 1.186 | 70,7 | 1.359 | 283 | 54,8 |
| 2002 | 572 | 28 | 93,3 | 2.988 | 710 | 60,9 | 18.377 | 8.153 | 61,4 | 4.309 | 1.408 | 67,8 | 1.993 | 399 | 54,3 |
| 2003 | 865 | 112 | 41,5 | 4.438 | 942 | 60,3 | 17.239 | 9.234 | 60,2 | 4.190 | 1.798 | 69,6 | 2.080 | 529 | 59,9 |
| 2004 | 1.469 | 261 | 55,7 | 5.119 | 1.047 | 50,1 | 17.248 | 9.573 | 53,6 | 3.654 | 1.961 | 63,6 | 2.373 | 789 | 58,1 |

Perfil socioeconômico do estudante de Fisioterapia no Brasil

Na análise das respostas do questionário socioeconômico, aplicado aos acadêmicos de Fisioterapia, foi possível definir algumas características predominantes dos estudantes da área. Considera-se que tal instrumento configura-se em um conjunto significativo de informações que pode contribuir para a melhoria da educação superior tanto em relação à formulação de políticas públicas quanto em relação à atuação dos docentes e de gestores de ensino.

Esta etapa tem como objetivo apresentar os resultados obtidos a partir da análise dos dados de algumas questões do questionário socioeconômico, que foi respondido por 30.148 estudantes (10.289 concluintes e 19.859 ingressantes) provenientes de 297 cursos de Fisioterapia do País, amostra que corresponde a 86% da população de alunos. Entre os participantes, 93,0% são provenientes de IES privadas e 7,0% de IES públicas, sendo 1,8% de instituições federais, 2,6% de instituições estaduais e 2,6% de instituições municipais. A distribuição dos estudantes entre as regiões do País foi a seguinte: Sudeste (63,0%), Sul (14,4%), Nordeste (12,4%), Centro-Oeste (7,3%) e Norte (2,9%).

Os alunos da Fisioterapia são em sua maioria do sexo feminino (76,7%). Não foram observadas diferenças entre a população de alunos ingressantes e concluintes neste aspecto. Com relação à idade, a faixa etária entre 18 e 22 anos é a maioria dos ingressantes (70,3%), com idade média de 22,1 anos. Entre os concluintes a faixa etária predominante está entre 21 e 25 anos (77,5%), com idade média de 24,4 anos. No que se refere ao estado civil dos acadêmicos do curso de Fisioterapia, os índices obtidos entre ingressantes e concluintes apresentou-se de forma semelhante. Podemos constatar que no quadro de ingressantes temos um percentual de 89,3 de solteiros, este quadro é praticamente o mesmo para os concluintes solteiros que são um total de 87,7%.

Na análise das etnias (Tabela 8) que fazem parte do grupo de estudantes da Fisioterapia, nos chama a atenção que o percentual de estudantes da cor branca apresenta um aumento quando comparamos ingressantes (71,9%) com concluintes (80,5%). Ao mesmo tempo, quando analisamos o comportamento dos pardos e negros, observamos que houve redução percentual entre ingressantes e concluintes. Este comportamento se repete na análise de toda a população que participou do ENADE. Percebe-se a frequência hegemônica com que alunos ingressantes e concluintes declaram-se brancos (média de 76,2%). Vale ressaltar que a percentagem de brancos na população brasileira é de 56,2 % segundo o censo de 2004 (IBGE), bem abaixo

da percentagem encontrada na área de Fisioterapia, o que reforça a necessidade de manutenção das atuais políticas públicas e ações afirmativas voltadas para o incentivo do acesso das minorias ao ensino superior. Por outro lado, apesar de a maioria dos alunos se declararem brancos, existe entre os ingressantes uma maior percentagem de alunos que se declaram negros e, principalmente, pardos e mulatos, se comparados aos concluintes. Algumas hipóteses explicativas podem ser construídas sobre essa diferença encontrada entre ingressantes e concluintes. Uma possibilidade é que tais resultados apontem para uma discreta tendência de maior inserção de alunos negros, pardos e mulatos na área de Fisioterapia. Outra possibilidade é que alunos que anteriormente não se declarariam pardos, mulatos e/ou negros, sentiram-se mais fortalecidos e afirmados em relação à sua identidade étnica, tendo assim mais disponibilidade de se declararem membros desses grupos étnicos. Por fim, uma terceira alternativa é que, ao longo do curso, ocorra maior evasão de alunos com essas características explicando assim seu menor percentual entre os concluintes.

Tabela 8. Etnia declarada dos ingressantes e concluintes

| Como você se considera? | Ingressantes | | Concluintes | |
|--------------------------------|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Branco(a) | 14.275 | 71,9 | 8.228 | 80,5 |
| Negro(a) | 0.877 | 4,5 | 0.200 | 1,8 |
| Pardo(a)/Mulato(a) | 3.973 | 20,5 | 1.430 | 13,9 |
| Amarelo(a) (Origem Oriental) | 0.461 | 2,1 | 0.312 | 2,8 |
| Índigena ou de Origem Índigena | 0.200 | 0,9 | 0.085 | 0,9 |

Esse comportamento parece estar associado ao nível socioeconômico da amostra estudada (Tabela 9). Podemos observar, também, que a renda familiar é um fator que influencia este comportamento, mais especificamente, nota-se que 51% dos ingressantes possuem renda familiar entre três e 10 salários mínimos. A maior concentração de ingressantes e de 45% dos concluintes está nesta faixa. Observa-se ainda que, entre os ingressantes, o índice de alunos na faixa de renda mais baixa é discretamente maior que entre os concluintes, assim como a frequência dos ingressantes nas faixas de renda mais elevadas é menor que a dos concluintes.

Tabela 9. Faixa de renda mensal declarada

| Qual a faixa de renda mensal? | Ingressantes | | Concluintes | |
|-------------------------------|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Até 3 salários mínimos | 3.618 | 17,8 | 1.423 | 13,2 |
| De 3 a 10 salários mínimos | 9.894 | 51,6 | 4.572 | 45,0 |
| De 10 a 20 salários mínimos | 3.946 | 20,4 | 2.609 | 26,0 |
| De 20 a 30 salários mínimos | 1.303 | 6,9 | 0.962 | 10,1 |
| Mais de 30 salários mínimos | 0.738 | 3,4 | 0.550 | 5,7 |

Sobre a situação ocupacional, 69,3% dos ingressantes declaram não trabalhar, sendo mantidos pela família, e número de concluintes nesta condição aumenta para 75,7% (ver Tabela 10). Quando analisamos os estudantes que trabalham, observa-se que houve uma redução deste número entre os concluintes em relação aos ingressantes, exceto aqueles que trabalham e são os principais responsáveis pelo sustento da família, onde a relação se inverte.

Tabela 10. Situação ocupacional declarada

| Assinale a opção abaixo que melhor descreve seu caso | Ingressantes | | Concluintes | |
|---|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Não trabalho e meus gastos são financiados pela família | 13.773 | 69,3 | 7.772 | 75,7 |
| Trabalho e recebo ajuda da família | 3.636 | 19,4 | 1.639 | 16,1 |
| Trabalho e me sustento | 0.849 | 4,1 | 0.353 | 3,4 |
| Trabalho e contribuo com o sustento da família | 1.281 | 6,0 | 0.388 | 3,6 |
| Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família | 0.269 | 1,2 | 0.117 | 1,3 |

O percentual de ingressantes que não recebeu nenhum tipo de auxílio é de 64,5%. Este índice praticamente se mantém nos concluintes (63,1%) (ver Tabela 11). O número de bolsas parciais ou integrais oferecidas pela própria instituição foi de 20,9% para os ingressantes e diminuiu para 16,6% entre os concluintes. Podemos, também, observar que a oferta de bolsas é pequena em relação aos alunos matriculados.

Tabela 11. Bolsa de estudo declarada

| Que tipo de bolsa de estudo você recebe ou recebeu? | Ingressantes | | Concluintes | |
|--|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Financiamento Estudantil – FIES | 0.453 | 2,4 | 1.146 | 10,9 |
| Bolsa integral ou parcial oferecida pela própria instituição | 4.038 | 20,9 | 1.661 | 16,6 |
| Bolsa integral ou parcial oferecida por entidades externas | 1.413 | 7,4 | 0.504 | 5,2 |
| Outro(s) | 0.906 | 4,7 | 0.422 | 4,1 |
| Nenhum | 12.846 | 64,5 | 6.518 | 63,1 |

No que tange ao grau de escolaridade dos pais (ver Tabela 12), tanto nos ingressantes quanto nos concluintes, o maior percentual situa-se em escolaridade média e superior. Podemos observar que mais de 60% dos ingressantes e concluintes são filhos de pais com um bom nível de escolaridade. Este resultado pode indicar um incentivo para os jovens cursarem o terceiro grau.

Tabela 12 – Escolaridade dos pais

| Qual o grau de escolaridade dos seus pais? | Ingressantes | | | | Concluintes | | | |
|--|--------------|------|-----------|------|-------------|------|-----------|------|
| | pai | | mãe | | pai | | mãe | |
| | Total (n) | % | Total (n) | % | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Nenhuma escolaridade | 0.372 | 1,6 | 0.316 | 1,2 | 0.120 | 1,1 | 0.109 | 1,1 |
| Ensino Fundamental: de 1ª a 4ª série | 3.241 | 15,8 | 2.892 | 13,4 | 1.654 | 15,5 | 1.362 | 12,1 |
| Ensino Fundamental: de 5ª a 8ª série | 3.089 | 15,2 | 3.059 | 14,6 | 1.401 | 13,4 | 1.393 | 13,6 |
| Ensino Médio | 7.252 | 37,8 | 7.480 | 39,0 | 3.242 | 32,3 | 3.740 | 37,6 |
| Superior | 5.781 | 29,6 | 6.075 | 31,8 | 3.816 | 37,8 | 3.653 | 35,7 |

No que diz respeito ao tipo de curso freqüentado no Ensino Médio, observa-se que grande parte dos alunos (total de 77,9%) é proveniente do Ensino Médio regular. Verifica-se, ainda, que uma parcela menor de alunos é oriunda dos cursos profissionalizantes (total de 15,1%, incluindo o magistério). Entre os ingressantes, 48,1% cursaram o Ensino Médio em escolas privadas e 33% em escolas públicas (Tabela 13). Porém, entre os concluintes, o percentual de alunos oriundos das escolas públicas cai para 26,3% enquanto que, cresce para 54,8% os alunos oriundos das escolas privadas.

Tabela 13. Tipo de escola do Ensino Médio

| Que tipo de escola você cursou no Ensino Médio? | Ingressantes | | Concluintes | |
|--|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Todo em escola pública | 6.599 | 33,0 | 2.738 | 26,3 |
| Todo em escola privada (particular) | 9.361 | 48,1 | 5.572 | 54,8 |
| A maior parte do tempo em escola pública | 1.463 | 7,1 | 0.749 | 7,1 |
| A maior parte do tempo em escola privada (particular) | 1.373 | 6,7 | 0.774 | 7,7 |
| Metade em escola pública e metade em escola privada (particular) | 1.025 | 5,0 | 0.433 | 4,2 |

Observa-se, assim, maior frequência de alunos provenientes de escolas públicas entre aqueles que ingressaram recentemente na área se comparados aos concluintes. Associando a informação sobre o tipo de escola que o aluno cursou no Ensino Médio à categoria administrativa da instituição de educação superior que frequenta, verifica-se que os alunos provenientes de escolas privadas têm maior inserção em todas as categorias administrativas de IES, tanto entre os ingressantes quanto entre os concluintes. Por outro lado, entre os ingressantes, observa-se maior frequência do número de alunos provenientes de escolas públicas, mesmo que esse índice ainda seja inferior se comparado ao de alunos provenientes de escolas privadas.

Um exemplo ilustrativo é a inserção dos estudantes das instituições públicas estaduais. Entre os ingressantes, dos 2% de alunos de instituições públicas estaduais, 0,5% estudou todo o Ensino Médio em escolas públicas, o que representa 25% do universo de alunos de instituições estaduais.

Comparando com os concluintes, percebe-se que, do universo total de alunos concluintes da amostra, 3,2% são de IES estaduais, sendo 0,4% provenientes de escolas públicas, o que representa 10%, ou seja, percentual inferior ao encontrado entre os ingressantes. Esse mesmo padrão de resultado – índice discretamente maior de ingressantes que cursaram todo o Ensino Médio em escolas públicas – pode ser observado ao se comparar ingressantes e concluintes de IES privadas e também públicas federais e municipais. No entanto, tendo em vista que 85% dos estudantes brasileiros estão matriculados no Ensino Médio em escolas públicas (Inep/2004), os presentes resultados sugerem a necessidade de manutenção das políticas públicas de fortalecimento da qualidade da escola pública, assim como de incentivo à inserção e à permanência de estudantes de baixa renda no Ensino Superior.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Como pôde ser observado, comparando-se o perfil de ingressantes e concluintes, observa-se maior percentual entre os ingressantes com as seguintes características: pardos(as)/mulatos(as) e negros(as), advindos(as) de escolas públicas e com menor renda. Uma possibilidade de análise é que os resultados apontem para uma discreta tendência de maior inserção de alunos com essas características na área de Fisioterapia. No entanto, essa hipótese deve ser, necessariamente, observada ao longo do tempo por meio de uma série histórica de resultados para a confirmação de sua existência e magnitude, assim como de um possível impacto no perfil dos alunos da área. Além disso, também deve ser investigada a hipótese de os resultados observados serem principalmente consequência da evasão de alunos com essas características, e não de sua maior inserção. No entanto, é preciso considerar o contexto no qual essas hipóteses explicativas situam-se. Essa é a primeira vez que os ingressantes são incluídos nos exames de avaliação do Ensino Superior. Neste sentido, ainda não é possível identificar com segurança a existência de tendências ou mudanças nos perfis dos alunos. Acredita-se que a observação desses resultados ao longo das próximas avaliações possibilitará o delineamento de comparações mais precisas entre os perfis das diferentes gerações de ingressantes e concluintes. Assim, os presentes resultados desempenham um importante papel de apontar linhas de investigação e constituírem-se em base de comparação para uma seqüência histórica de resultados. A provável inferência deste comportamento, o aumento de concluintes que cursaram o Ensino Médio em escolas privadas reflete a maior renda familiar.

Em relação ao conhecimento de língua inglesa, 36,2% dos ingressantes e 32,2% dos concluintes afirmam ter conhecimento “praticamente nulo” (ver Tabela 14). Podemos notar que, apesar de ser fundamental para uma adequada formação acadêmica, o conhecimento de uma língua estrangeira ainda é pouco abrangente para os alunos de graduação em Fisioterapia.

Tabela 14. Conhecimento de língua estrangeira

| Qual o grau de conhecimento de língua estrangeira? | Ingressantes | | | | Concluintes | | | |
|--|--------------|------|-----------|------|-------------|------|-----------|------|
| | inglês | | espanhol | | Inglês | | espanhol | |
| | Total (n) | % | Total (n) | % | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Leio, escrevo e falo bem | 1.393 | 7,3 | 0.508 | 2,6 | 0.754 | 7,6 | 0.270 | 2,7 |
| Leio, escrevo e falo razoavelmente | 5.308 | 27,0 | 3.150 | 16,6 | 2.694 | 27,5 | 1.198 | 12,9 |
| Leio e escrevo, mas não falo | 1.912 | 10,0 | 1.112 | 6,2 | 0.947 | 9,4 | 0.402 | 4,1 |
| Leio, mas não escrevo nem falo | 3.612 | 19,4 | 6.095 | 31,9 | 2.350 | 23,3 | 4.181 | 41,7 |
| Praticamente nulo | 7.594 | 36,2 | 8.923 | 42,7 | 3.525 | 32,2 | 4.199 | 38,6 |

Com relação ao acesso à Internet, 95,5% dos ingressantes e 96,1% afirmaram ter acesso. Na área de Fisioterapia, verificou-se que os alunos declaram ter acesso à Internet, principalmente na IES (88,4%) e em casa (75,4%). Além disso, investigou-se o tipo de mídia utilizado pelos alunos para se manterem atualizados acerca dos acontecimentos do mundo contemporâneo. A Tabela 15 detalha as informações sobre o tipo de mídia mais utilizada por ingressantes e concluintes. Vale destacar que a percentagem de ingressantes e concluintes que utilizam a Internet como fonte de pesquisa e atualização é de 19%, número ainda pequeno para o mundo contemporâneo. Nesse contexto, ressalta-se a relevância dos investimentos na digitalização das bibliotecas tanto no que se refere aos serviços de pesquisa bibliográfica, quanto à disponibilização de computadores e à capacitação da comunidade acadêmica para sua utilização.

A televisão, por ser um veículo de comunicação mais popular e de baixo custo justifica o alto índice de utilização. Já, a Internet, em razão do custo, ainda é de difícil acesso aos estudantes.

Tabela 15. Meio de atualização

| Que meio você mais utiliza para se manter atualizado? | Ingressantes | | Concluintes | |
|---|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Jornais | 1.895 | 10,7 | 0.852 | 8,8 |
| Revistas | 1.133 | 6,1 | 0.549 | 5,3 |
| Televisão | 12.728 | 62,1 | 6.716 | 64,6 |
| Rádio | 0.444 | 2,2 | 0.245 | 2,2 |
| Internet | 3.546 | 18,9 | 1.876 | 19,1 |

A utilização da biblioteca entre os ingressantes vai de razoável freqüência (41,8%) a muito freqüentemente (46,8%). A análise conjunta de utilização razoável e com muita freqüência mostra que mais de 90% dos alunos utilizam as bibliotecas. Desta forma é possível verificar a importância da biblioteca da própria instituição para os alunos, como forma de estudo e também como fonte de pesquisa. É preciso ressaltar que não houve diferenças significativas entre concluintes e ingressantes quanto a este aspecto, como pode ser verificado na Tabela 16.

Tabela 16. Utilização da biblioteca

| Com que frequência você utiliza a biblioteca? | Ingressantes | | Concluintes | |
|---|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| A instituição não tem biblioteca | 0.052 | 0,2 | 0.039 | 0,4 |
| Nunca a utilizo | 0.170 | 0,7 | 0.063 | 0,5 |
| Utilizo raramente | 2.338 | 10,5 | 0.964 | 8,6 |
| Utilizo com razoável frequência | 8.394 | 41,8 | 4.382 | 43,2 |
| Utilizo muito frequentemente | 8.832 | 46,8 | 4.803 | 47,3 |

Em relação às horas dedicadas para estudo, hábitos de estudo, o comportamento dos ingressantes e dos concluintes é semelhante, pois ambas as categorias afirmam dedicar de 3 a 5 horas por dia aos estudos (em torno de 38%). Já, em torno de 32% dedicam de 1 a 2 horas diárias aos estudos. Entre os ingressantes é discretamente maior o número de alunos que estudam entre uma e 2 horas semanais (ingressantes 34,9% e concluintes 30,4%), sugerindo que, ao longo da graduação, diminui a frequência de alunos que dedicam poucas horas ao estudo. A Tabela 17 apresenta os resultados relativos a esse aspecto de forma mais detalhada.

Tabela 17. Horas de estudo independentemente das aulas

| Quantas horas por semana você dedica aos estudos? | Ingressantes | | Concluintes | |
|---|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Nenhuma, apenas assisto às aulas | 0.796 | 3,3 | 0.283 | 2,2 |
| Uma a duas | 7.132 | 34,9 | 3.134 | 30,4 |
| Três a cinco | 7.185 | 37,2 | 3.894 | 38,2 |
| Seis a oito | 2.653 | 14,0 | 1.607 | 16,2 |
| Mais de oito | 2.039 | 10,5 | 1.333 | 13,1 |

Nesta etapa, serão apresentados os resultados referentes à inserção dos alunos em atividades acadêmicas extraclasse de iniciação científica, projetos de pesquisa, monitoria e extensão. Na Tabela 18, estão expostos os resultados referentes a essa inserção. No tópico de atividades acadêmicas complementares de

graduação, podemos observar o baixo número de alunos envolvidos em atividades de iniciação científica, (4,5%) para os ingressantes e 9,8% para os concluintes. Nas atividades de monitoria a participação dos ingressantes é de 7% e dos concluintes é de 13%. Em relação aos projetos de pesquisa, a participação é de 13,6% para os ingressantes e 18,2% para os concluintes. Já, a participação em projetos de extensão é de 17% para os ingressantes e de 23,9% dos concluintes. O que chama a atenção, neste caso, é o alto percentual de alunos que não participam de nenhuma destas atividades (ingressantes 57% e concluintes 35,1%). Tal índice de alunos não participantes pode refletir a falta de oferta ou desinteresse dos alunos em relação a tais atividades. Considerando a importância das atividades acadêmicas extraclasse para a formação acadêmica e cidadã dos alunos, esses resultados apontam para a necessidade das IES promoverem um maior investimento nas atividades de pesquisa, extensão e monitoria.

Tabela 18. Outras atividades acadêmicas

| Que tipo de atividade acadêmica você desenvolve além das obrigatórias? | Ingressantes | | Concluintes | |
|--|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Atividades de iniciação científica e tecnológica | 0.767 | 4,5 | 0.941 | 9,8 |
| Atividades de monitoria | 1.324 | 7,0 | 1.350 | 13,1 |
| Projetos de pesquisa conduzidos por professor | 2.528 | 13,6 | 1.756 | 18,2 |
| Atividades de extensão promovidas pela instituição | 3.192 | 17,0 | 2.372 | 23,9 |
| Nenhuma atividade | 11.929 | 57,8 | 3.783 | 35,1 |

Como pode ser observado na Tabela 18, grande parte dos alunos concluintes (72 %) afirma nunca ter participado de projetos de pesquisa ou atividades de iniciação científica. Este resultado é preocupante tendo em vista que os pilares da Educação Superior estão baseados na sinergia das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Além disso, o papel desempenhado pelas atividades de pesquisa pode ser visto tanto sob a perspectiva de treinamento na produção e análise crítica de conhecimento quanto como estratégia adequada de ensino.

A utilização de recursos de informática também é fundamental para a boa formação acadêmica. Neste tópico podemos observar, em relação aos ingressantes, que a grande maioria (77,3%) usa freqüentemente ou sempre os recursos de informática. O mesmo comportamento se repete com os concluintes, estes dados podem ser melhor visualizados na Tabela 19. Entre os ingressantes, pelas respostas

dos estudantes, 73% deles tem computador em sua casa e entre os concluintes, 82% possuem computador em sua casa.

Tabela 19. Utilização do microcomputador

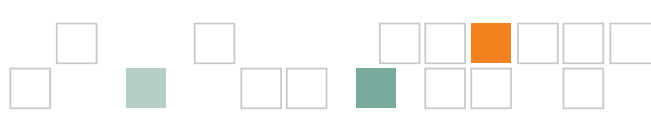
| Com que frequência você utiliza microcomputador? | Ingressantes | | Concluintes | |
|--|--------------|------|-------------|------|
| | Total (n) | % | Total (n) | % |
| Nunca | 0.274 | 0,5 | 0.104 | 0,5 |
| Raramente | 0.952 | 3,8 | 0.300 | 2,6 |
| Às vezes | 3.668 | 18,3 | 1.469 | 13,9 |
| Freqüentemente | 6.734 | 35,1 | 3.662 | 37,1 |
| Sempre | 7.874 | 42,2 | 4.586 | 46,0 |

Perspectivas

A Fisioterapia, nos diferentes períodos de sua história, passou por transformações que foram importantes para sua inserção e atuação na área da saúde. Em relação à sua regulamentação, a profissão passou de uma escolaridade média para de nível superior.

A presente análise mostra, também, o grande crescimento na oferta de cursos e vagas principalmente nas instituições de ensino privadas. Embora as instituições públicas também apresentem crescimento neste sentido, este crescimento ainda é insuficiente frente à demanda apresentada. As estratégias utilizadas para autorizar, reconhecer e acompanhar a evolução dos cursos de graduação permite que estes se ajustem ao cumprimento das LDBs. Considerando os resultados do ENADE de 2004, a Fisioterapia está em pleno desenvolvimento, apresentando resultados satisfatórios entre ingressantes e concluintes. Tais resultados devem servir principalmente para regulação da oferta de cursos, sem perder de vista a qualidade do produto final deste processo quer seja a qualidade o egresso.

Desde o início de sua história houve um evidente avanço na formação do fisioterapeuta, principalmente com a implementação das DCNs, que preconizam o desenvolvimento de habilidades e competências que serão responsáveis pela formação de um profissional capacitado a intervir nas diferentes condições de saúde desde a prevenção até o tratamento, em sintonia com os princípios do SUS, apesar



do fisioterapeuta não estar ainda efetivamente inserido nos programas do sistema de saúde.

Resta, portanto, o anseio que, com bases nos dados apresentados, em que dispomos de 80 mil profissionais, que sejam instituídas políticas e estratégias governamentais que permitam a inclusão do fisioterapeuta, possibilitando o acesso a estes serviços especializados por todas as classes sociais e em todos os níveis de atenção à saúde.

Referência bibliográfica

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª.

BRASIL, Criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Lei n° 6.316, n° 242 de 18 de dezembro de 1975, Seção 1, págs. 16.805-16.807.

_____ Inclusão da categoria funcional no grupo de outras atividades de nível superior a que se refere, Decreto n° 90.640, de 10 de dezembro de 1984. **Diário Oficial da União**, n° 238 de 11 de dezembro de 1984, Seção 1, pág. 18409.

_____ Lei n° 8.080 – Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, de 19 de setembro de 1990.

_____ Regulamentação da Profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, Lei n° 938, **Diário Oficial da União**, n° 197 de 14 de outubro de 1969, Seção 1, pág. 3.658.

_____ Lei n° 10.172 Plano Nacional de Educação, de 9 de janeiro de 2001.

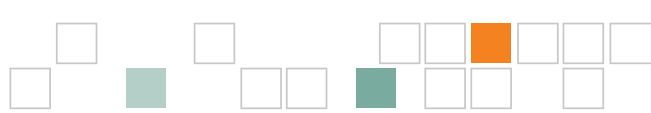
_____ Lei n° 10.861, Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, de 14 de abril de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, Currículo mínimo para os Cursos de Fisioterapia, Resolução n° 04, de 28 de fevereiro de 1983.

.CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Código de Ética do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, Resolução n° 19, de 3 de julho de 1978. DOU n° 182 de 22 de setembro de 1978, Seção 1, parte 2, págs. 5.265-5.268.

.CONSELHO FEDERAL E FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional Resolução n° 8 de 20 de fevereiro de 1978. **Diário Oficial da União**, n° 216, de 13 de novembro de 1978, Seção 1, parte 2, pág. 6.322/32.

- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia Resolução CNE/CES 4/2002, **Diário Oficial da União**, 4 de março de 2002, Seção 1, pág. 11.



- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000 – resultados da amostra**. Rio de Janeiro RJ, IBGE, 2000.
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96.
- REBELATTO, José Rubens. *Fisioterapia no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde.
- RELATÓRIO SÍNTESE DA ÁREA DE FISIOTERAPIA – EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES – ENADE 2004.
- RESUMO TÉCNICO – EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES – ENADE 2004.
- REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA. **Como surgiu a denominação do profissional**. Outubro de 1973, nº zero, pág. 24.
- SANCHEZ, Eugênio Lopez. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira de Fisioterapia. Ano II. Vol. I. nº 03. Revista da R.S Distribuidores, São Paulo, Mai/Jun, 1984.

Ana Augusta de Andrade Cordeiro

Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE.

Ana Patrícia Rodrigues Cursino de Sena

Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Coordenadora do Núcleo de Avaliação Institucional da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Cristina Broglia Feitosa de Lacerda

Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP).

Márcia Keske-Soares

Doutora em Linguística Aplicada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Curso de Fonoaudiologia e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da UFSM.

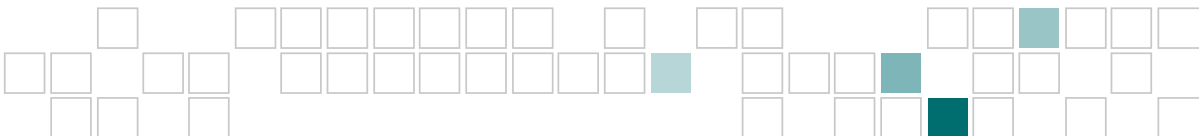
Este estudo se propõe a apresentar a trajetória e as tendências, no País, dos cursos de graduação em Fonoaudiologia, buscando a construção de conhecimentos acerca do processo de formação do fonoaudiólogo e também subsidiar um plano estratégico para sustentar políticas de formação de recursos humanos na área.

Conhecer a realidade da formação em Fonoaudiologia, a partir de sua história e das tendências que a perpassam, permite uma apropriação qualificada para reflexão com relação aos desafios e perspectivas para a área.

Para tanto, foram tomadas como base referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, documentos e dados do Censo da Educação Superior, do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, todos estes provenientes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep-MEC, além de dados referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD-2004, Estatísticas do Registro Civil (2003) e Censo Demográfico (2000), todos estes fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Na primeira parte deste trabalho foram utilizados os seguintes indicadores relativos aos cursos de Fonoaudiologia: oferta de cursos, número de candidatos, número de vagas, número de ingressantes e número de concluintes, segundo as regiões brasileiras, as categorias administrativas e a organização acadêmica das IES. Os indicadores disponíveis abrangeram o período de 1991 a 2004. Na segunda parte, a análise recaiu sobre o perfil socioeconômico dos estudantes de Fonoaudiologia, segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica, bem como o desempenho destes no ENADE-2004.

FONOAUDIOLOGIA



Aspectos históricos da Fonoaudiologia no Brasil

Estudos sobre a origem da Fonoaudiologia no Brasil têm indicado, de modo geral, que diferentes contextos políticos e lingüísticos influenciaram o início da prática fonoaudiológica nas diversas regiões do País. Alguns autores (Berberian, 1995; Meira, 1998; Verri, 1998; Didier, 2001; entre outros) têm se interessado em estudar a história da Fonoaudiologia e, a partir de seus trabalhos, serão apresentados alguns aspectos referentes ao desenvolvimento da área.

Na Região Sudeste, mais especificamente em São Paulo, Estado no qual a origem da profissão tem sido mais estudada, o início da Fonoaudiologia foi marcado por uma patologização das diferenças lingüísticas, decorrente da idéia de contaminação da língua nacional, provocada pelos movimentos imigratórios nacionais (nordestinos) e estrangeiros (italianos, árabes, japoneses, etc.). Nesse período, final do século XIX e início do século XX, São Paulo vivia um processo de urbanização extremamente acelerado, resultante do declínio da cafeicultura, do final da escravidão e da intensificação das atividades industriais. Os aglomerados populacionais que estavam se formando eram constituídos por grupos de diferentes culturas, raças e línguas, contexto que, em certa medida, se reproduzia em várias cidades e Estados do Brasil.

Tal heterogeneidade cultural e, principalmente, lingüística levava à concepção de existência de uma “patologia social” e de que a língua oficial poderia ser o principal instrumento de uniformização nacional. A intenção preconizada, na época, era a erradicação das minorias lingüísticas, fossem elas decorrentes de problemas orgânicos, culturais ou sociais. Essa perspectiva, situada historicamente, está articulada a uma série de interesses de grupos da sociedade e passou a ter um papel importante nas formas de organização social. Os primeiros profissionais fonoaudiólogos foram influenciados pela concepção de uma patologia social que precisava ser tratada.

De modo diferente, no Nordeste, nas décadas de 1920 e 1930, os primórdios da Fonoaudiologia estão relacionados a questões de políticas públicas ligadas à educação e saúde das classes desfavorecidas economicamente, motivados especialmente pelo fracasso na alfabetização destas classes. Naquele período, existia o preconceito da incapacidade para a aprendizagem decorrente das condições socioeconômicas desfavoráveis da população, e foi observado que boa parte dela apresentava “problemas de linguagem”. Assim, alfabetizadores das escolas públicas e profissionais da área médica, preocupados com essa questão, procuravam conhecer as causas dos problemas de linguagem, as quais, na maioria



das vezes, estavam relacionadas a aspectos orgânicos ou ao preconceito quanto à capacidade para aprender a ler e escrever. A identificação dos referidos aspectos foi ponto de partida para a definição e delineamento de técnicas de reabilitação fonoaudiológica.

Nas décadas de 1940, 1950 e 1960, em muitos Estados brasileiros, várias instituições, a maioria de caráter educacional, possuíam serviços de reeducação de linguagem. O profissional especialista em linguagem passa a ganhar espaço, a partir do momento em que são diagnosticados os distúrbios da comunicação, por médicos ou professores e, em seguida, aqueles alunos com “dificuldades” são submetidos a atividades de reabilitação que pretendiam eliminar tais distúrbios.

As primeiras iniciativas de atuação dos precursores em Fonoaudiologia ocorreram isoladamente, dando início ao delineamento do perfil clínico do profissional. O objetivo desta atuação visava à “correção dos defeitos da fala e voz”. Os profissionais responsáveis, em geral, eram educadores que recebiam uma formação básica para atuarem como ‘ortofonistas’, sendo que a prática era desenvolvida de acordo com cada caso clínico. Neste contexto, o professor passou de educador a “especialista de erros da palavra”, desenvolvendo um trabalho fundamentalmente tecnicista.

O trabalho dos primeiros ‘ortofonistas’ foi marcado pela preocupação em definir um diagnóstico e determinar a patologia numa atuação clínica. As influências da Medicina, da Psicologia e da Fonética marcam a prática profissional centrada apenas na patologia, sendo que da Psicologia e da Medicina vinham as definições de doenças na linguagem, enquanto que da Fonética surge a determinação de técnicas utilizadas no processo de cura.

Neste período, além de ‘ortofonistas’, estes profissionais receberam diferentes denominações: ‘realfabetizadores’, ‘reeduadores de linguagem’, e ‘logopedistas’. A denominação fonoaudiólogo só viria a ser utilizada na proximidade da implantação do primeiro curso de Fonoaudiologia, criado no Estado de São Paulo (Região Sudeste), no início da década de 1960.

Nesta década, começaram a surgir os primeiros cursos de Fonoaudiologia, legitimando a prática já existente. O campo de trabalho passa a definir um profissional voltado para a reabilitação ou reeducação de distúrbios da comunicação e avaliação auditiva, numa visão idealizada de homem sadio e de linguagem correta.

Em 1976, foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação o primeiro Currículo Mínimo para o curso de Fonoaudiologia. O profissional formado por este currículo tinha uma formação essencialmente tecnicista, baseada na reabilitação das manifestações patológicas da linguagem.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

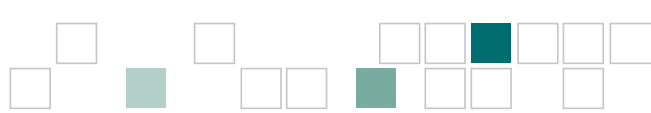
Durante a década de 1970 e início dos anos 1980, em todo o Brasil, os cursos de Fonoaudiologia formavam tecnólogos e tinham duração de 2 a 3 anos, com carga horária de aproximadamente 1.800 horas/aula. Por força da Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981, a profissão de fonoaudiólogo foi regulamentada e reconhecida em todo o território nacional, data esta instituída como o “Dia do Fonoaudiólogo”.

Na Resolução nº 06/83, de 6 de abril de 1983, publicada no Diário Oficial da União – DOU de 15 de abril de 1983, o Conselho Federal de Educação transforma todos os cursos de formação de Tecnólogos em Cursos de Graduação plena em Fonoaudiologia, equivalente ao bacharelado, exigindo, com isso, uma reformulação curricular nos cursos existentes.

Este novo currículo mínimo, contudo, ainda mantinha uma forte influência do tecnicismo, herança das décadas passadas. Para que fosse possível acompanhar o avanço científico e tecnológico que ocorria na área, esse currículo passou a sofrer, paulatinamente, modificações, na tentativa de acompanhar o ritmo evolutivo da área de conhecimento, além de minimizar a influência do tecnicismo. Iniciou-se, então, uma ampla discussão em torno do currículo do curso, abrindo caminhos para se questionar um novo rumo para a Fonoaudiologia enquanto ciência. Cabe ressaltar, que neste período muitas disciplinas da área das Ciências Humanas, tais como Psicologia e Linguística foram inseridas nos currículos dos cursos de Fonoaudiologia.

No início da década de 1990, a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo passou a ser alvo de importantes debates, diante das exigências de uma sociedade cada vez mais pluralista. Em 1998, o Ministério da Educação, por intermédio de uma comissão de especialistas na área, inicia a elaboração das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Fonoaudiologia, objetivando atender às grandes mudanças sociais, aos avanços dessa ciência e às necessidades apresentadas pela política nacional de saúde vigente (Sistema Único de Saúde – SUS).

Em 2002, o Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fonoaudiologia (Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no DOU de 4 de março de 2002). Estas diretrizes visam, essencialmente, garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho, e das condições atuais de exercício profissional. A formação deve conferir ao fonoaudiólogo um perfil generalista, para atuar na área da saúde com formação humanística, ético-filosófica, crítico-reflexiva e sólida formação teórico-científica, em consonância com princípios e valores que regem o exercício profissional nos campos



clínico-terapêuticos e da promoção da saúde; com autonomia pessoal, intelectual, e consciência da importância da formação continuada e do seu compromisso como agente de transformação da realidade social.

Tendências da oferta de cursos e vagas disponíveis para a Fonoaudiologia no Brasil

A análise da distribuição geográfica da oferta de cursos de Fonoaudiologia no Brasil e por região indica que, em 1991, existia um total de 29 cursos de Fonoaudiologia. Este número aumentou ao longo do período totalizando 99 cursos no Brasil, em 2004.

A distribuição dos cursos de Fonoaudiologia por região denota grande concentração na Região Sudeste, que possuía, em 1991, 20 cursos e, em 2004, 58. A Região Sul apresentou crescimento moderado. Em 1991, contava com 6 cursos no total e, em 2004, 15 cursos. Na Região Nordeste, o crescimento de cursos foi maior, pois em 1991 havia somente dois cursos e, no ano de 1999, esse número subiu para 11, totalizando, em 2004, 16 cursos nesta região.

As regiões com menor número de cursos de Fonoaudiologia são as regiões Centro-Oeste e Norte. A Região Centro-Oeste possuía um curso em 1991, e ampliou seu total de cursos para seis em 2004, enquanto, na Região Norte, o primeiro curso de Fonoaudiologia foi iniciado em 1997 e, em 2004 encontram-se quatro cursos na região.

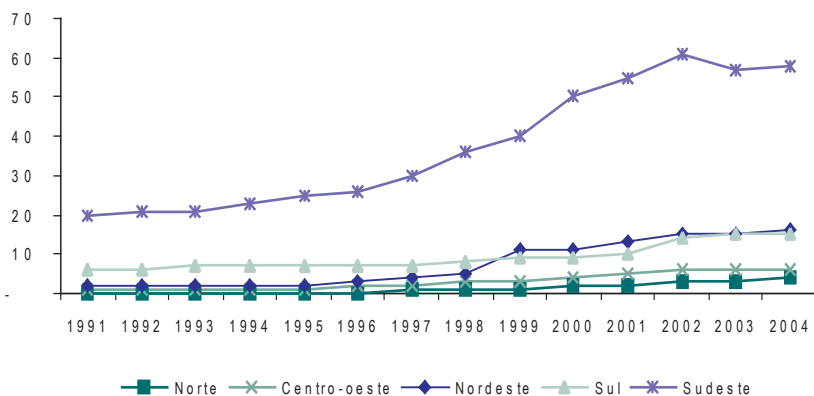
Assim, o que se observa é que o número de cursos oferecido vai crescendo a cada ano e que nos anos de 1998/1999 este número sofre, um incremento importante, duplicando o número de cursos oferecidos, inclusive com o surgimento do primeiro curso na Região Norte. Entre 2001 e 2002, o número de cursos oferecidos dobrou novamente e este número se manteve estável até 2004, com o oferecimento de um total de 99 cursos em todo o Brasil.

Cabe ressaltar que a concentração de cursos oferecidos nas diversas regiões do País é compatível com a concentração populacional encontrada em cada área. A maior concentração está na Região Sudeste, que foi a precursora no oferecimento de cursos, e também é a mais populosa do País.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O Gráfico 1 ilustra a distribuição geográfica da oferta de cursos de Fonoaudiologia por região.

Gráfico 1. Distribuição da oferta de cursos de Fonoaudiologia por região



Em relação à distribuição dos cursos de Fonoaudiologia por região e Unidade Federativa (UF), tem-se que, na Região Sudeste, os cursos concentram-se principalmente no Estado de São Paulo, com o dobro do número de cursos em relação ao Rio de Janeiro e Minas Gerais. O Espírito Santo apresenta o menor número de cursos, totalizando três, em 2004.

Na Região Sul, os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul apresentam maior número de cursos, sete e cinco respectivamente. O Estado de Santa Catarina conta com apenas três cursos em 2004. A Região Centro-Oeste apresenta uma distribuição regular, sendo um curso nos Estados de Mato Grosso do Sul e Distrito Federal e dois cursos no Mato Grosso e Goiás. Já, na Região Nordeste, a oferta é maior nos Estados de Pernambuco e Bahia, com quatro cursos cada, Maranhão e Piauí com dois cursos cada, e Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba e Alagoas com um curso cada. O Estado de Sergipe não oferta curso de Fonoaudiologia.

A Região Norte ainda apresenta poucos cursos, sendo dois no Estado do Amazonas e, nos Estados de Rondônia e Pará, um curso cada. Nas demais UF, não há oferta de cursos de Fonoaudiologia (Acre, Roraima, Amapá e Tocantins).

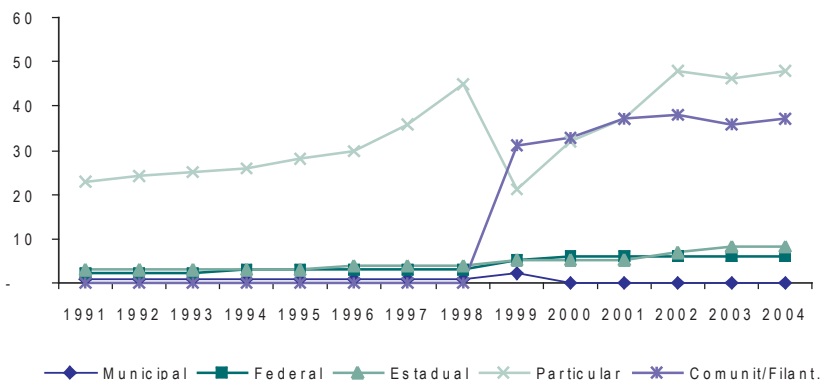
A oferta de cursos de Fonoaudiologia, considerando a categoria administrativa da instituição de ensino superior (IES), revela que os cursos oferecidos por instituições públicas eram num total de 6 em 1991. Verificou-se um crescimento pequeno de

oferta de cursos nas instituições públicas, tendo-se em 2004 um total de somente 14 cursos, em relação ao apresentado pelas instituições privadas, as quais, em 1991, registravam um total de 23 cursos e, em 2004, de 85 cursos. O que se observa é um crescimento vertiginoso de oferta nas instituições privadas, acompanhado por um crescimento tímido das instituições públicas. Vale ressaltar que apenas oito Estados do Brasil contam com oferta de cursos de Fonoaudiologia em instituições públicas.

A totalidade das instituições privadas, em 1991, eram IES particulares, que ofereciam 23 cursos de Fonoaudiologia. A partir de 1999, esse número passou para 53, e, em 2004 foram 85 cursos ofertados por instituições privadas.

O Gráfico 2 ilustra a distribuição da oferta de cursos de Fonoaudiologia por categoria administrativa.

Gráfico 2. Distribuição da oferta de cursos de Fonoaudiologia por categoria administrativa



Os dados referentes à distribuição de cursos de Fonoaudiologia segundo a organização acadêmica (universidade, centros universitários, faculdades integradas, e faculdades, escolas e institutos) indicam que nas universidades ampliou-se o número de cursos oferecidos de 16, em 1991, para 52, em 2004. No entanto, somente 13 dos 52 cursos (25%) estão em instituições públicas. Os 75% restantes são ofertados por instituições privadas, observando-se que o crescimento vertiginoso dos cursos nesta categoria administrativa deu-se até 2002, sendo que a partir de 2003 houve uma tendência de redução na oferta. Nos centros universitários, dos 20 cursos oferecidos, as IES particulares predominam, com um total de 15 cursos, e as

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

IES comunitárias, confessionais e filantrópicas, com cinco cursos. Cabe salientar que os cursos de Fonoaudiologia foram ofertados nestas instituições a partir de 1997.

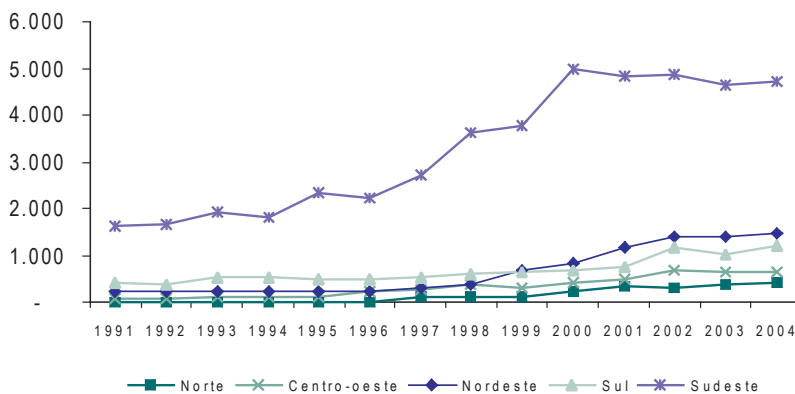
Os cursos de Fonoaudiologia em faculdades integradas são todos oferecidos em instituições privadas. Verifica-se que houve oferta de cursos em IES particulares desde 1991, com quatro cursos e, em 2004, totalizavam cinco cursos, sendo três em IES particulares e dois em IES comunitárias, confessionais e filantrópicas.

Em relação às faculdades, escola e institutos, em 1991, existiam nove cursos no total, sendo um em IES pública federal e oito em IES privadas particulares. Em 2004, houve uma ampliação para um total de 22 cursos, sendo um em IES pública estadual, 17 em IES privadas particulares, e quatro em IES privadas comunitárias, confessionais e filantrópicas.

O número de vagas dos cursos de Fonoaudiologia em todo o Brasil e por região merece ser considerado. Em 1991, 2.238 vagas foram oferecidas em todo o País por 29 cursos, passando para a oferta de 8.432 vagas, em 2004, ofertados por 99 cursos. Assim, é possível observar que o número de cursos cresceu aproximadamente 3,5 vezes, enquanto que o número de vagas praticamente quadruplicou. Salienta-se, ainda, que o movimento de crescimento de cursos é acompanhado pelo movimento de crescimento de vagas disponíveis, indicando consonância entre estas ofertas.

O Gráfico 3 ilustra a distribuição de vagas nos cursos de Fonoaudiologia por região.

Gráfico 3. Distribuição de vagas nos cursos de Fonoaudiologia por região





Em relação à oferta de vagas por região, tem-se um número crescente na Região Sudeste representando pouco mais de 55% das vagas oferecidas no País. Este aumento progressivo desde 1991, duplicou em 1997, e novamente em 2000, sendo este o pico de vagas oferecidas – 4.998. A partir daí, observa-se uma leve queda no número de vagas nos últimos quatro anos com o oferecimento de 4.718 vagas em 2004. No Sudeste, o número de vagas continua crescendo, no Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, mas tem decrescido no Estado de São Paulo. Em 1998, o número de vagas oferecidas em São Paulo era o dobro das do Rio de Janeiro (segundo Estado com maior número de vagas). Todavia, em 2004, o Rio de Janeiro oferecia 2/3 do total de vagas oferecidas por São Paulo.

Também na Região Nordeste, é possível observar um número crescente de vagas. Em 1991, eram 210 vagas oferecidas e, em 2004, este número passou para 1.460. Houve um forte incremento do número de vagas em 1999 (três vezes o número de vagas de 1991), o qual dobrou novamente em 2001, com crescimento mais estável até 2004. O Estado que mais ampliou o número de vagas foi Pernambuco. Nos demais, houve a abertura e manutenção de vagas nos cursos presentes em todos os Estados da região, à exceção de Sergipe. Há uma tendência de aumento e estabilização do número de vagas oferecidas, entre 1991 e 2004, exceto no Rio Grande do Norte, que em 2003 reduziu o número de vagas pela metade, após um aumento em 2002. A Bahia vem aumentando o número de vagas, se aproximando do número oferecido por Pernambuco. No Brasil, 17,5% das vagas oferecidas estão na Região Nordeste.

Na Região Sul constata-se um número de vagas crescente no período de 1991 a 2004, com oscilações de aumento e pequena queda entre 1995 e 1996, fato este não observado nas demais regiões. O número de vagas oferecidas em 1991 era de 430, e este número dobra apenas entre 2000 e 2001, não acompanhando inicialmente o movimento de crescimento de vagas em 1998/1999 que ocorre nas regiões Sudeste e Nordeste. Em 2004, o número de vagas era de 1.204, aproximadamente três vezes maior que o número de vagas oferecido em 1991. O Estado do Paraná teve um importante aumento de vagas em 2002 que retrocedeu em 2003 e 2004. Santa Catarina também aumentou sua oferta de vagas. Em 2001 eram 160, em 2002, 260 vagas, mas, em 2003 e 2004, observou-se uma tendência de queda com oferta de 230 vagas. Na Região Sul, são oferecidas aproximadamente 15% das vagas do País.

O número de vagas é crescente na Região Centro-Oeste entre 1991 e 2002. Em 1991, apenas Goiás contava com curso de Fonoaudiologia e oferecia 80 vagas. Só em 1996 surgem vagas no Mato Grosso do Sul, em 1998 no Distrito Federal, e apenas em 2000, no Mato Grosso. Em 2002, a região oferecia 680 vagas que foram

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

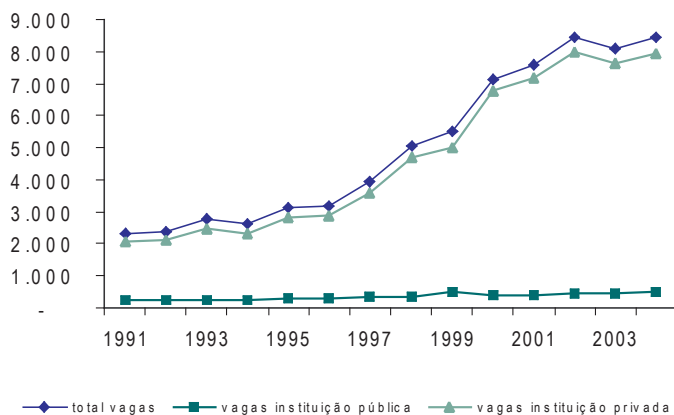
reduzidas para 640 em 2004. Aproximadamente 7,5% das vagas no Brasil estão na Região Centro-Oeste.

A Região Norte abre seu primeiro curso em 1997. A partir daí oferece um número de vagas sempre crescente. Em 1997, eram 100 vagas, este número triplicou em 2001, e é de 410 vagas em 2004. Todavia, é importante ressaltar que apenas em Rondônia, Amazonas e Pará existe oferta de cursos. Na Região Norte o número de vagas oferecidas representa 5% da oferta de vagas nacional.

O destaque mais importante reside na análise da oferta de vagas em relação à categoria administrativa. Em 1991, 11% das vagas eram oferecidas por instituições públicas e outras 89% por privadas. Em 2004, pouco mais de 5% das vagas eram oferecidas por instituições públicas e 95% por privadas. Estes dados indicam que as instituições privadas ampliaram a oferta de cursos e vagas de maneira mais agressiva que as públicas. A participação das instituições públicas na oferta de vagas reduziu-se consideravelmente no período analisado.

O Gráfico 4 ilustra a distribuição de vagas nos cursos de Fonoaudiologia por categoria administrativa.

Gráfico 4. Distribuição de vagas nos cursos de Fonoaudiologia por categoria administrativa



Quanto à organização acadêmica, as universidades eram responsáveis, em 1991, por 55% das vagas ofertadas, os centros universitários não existiam como forma de organização acadêmica para os cursos de Fonoaudiologia neste período, com sua primeira oferta ocorrendo em 1997. As faculdades, escolas e institutos, em



1991, ofertavam 30% das vagas e as faculdades integradas 15% delas. Em 2004, as universidades foram responsáveis por 44,5 % das vagas ofertadas, os centros universitários por 26%, as faculdades, escolas e institutos por 25%, e as faculdades integradas por 4,5% das vagas. O que se observa é uma mudança no cenário de oferta de vagas pelas instituições com diferentes organizações acadêmicas, mantendo a grande concentração das vagas nas universidades.

Demanda para os cursos de Fonoaudiologia no Brasil

O total de inscritos em todo Brasil para cursos de Fonoaudiologia mostrou-se crescente de 1991 a 2004. Em 1991, o total de inscritos foi de 6.891, já em 2004 foi de 13.890. A análise do aumento do número de inscritos indica, com destaque, o ano de 1997, pois houve um incremento do número total de inscritos (12.249), que não se confirmou em 1998 (10.886), mas que em 1999 apontou para novo crescimento (14.550). O número de inscritos teve seu ápice em 2002, com 16.908 inscritos, número este que sofreu queda importante em 2003 para 13.845, mostrando-se estável em 2004, com 13.890.

O aumento do número total de inscritos é rapidamente respondido com o aumento de número de vagas pelas instituições privadas, e com o aumento do número total de cursos oferecidos em todo o Brasil. Os dados relativos a 1997 e 1998 ilustram bem tal fato. Em 1997, os inscritos para cursos em instituições privadas de ensino eram 9.470 para 3.585 vagas e, em 1998, estas instituições ofereceram um número maior de vagas, 4.712, frente a 7.832 inscritos. Observa-se nesta época forte crescimento de cursos/vagas no Sudeste e no Nordeste, além da criação de cursos em vários Estados do País que anteriormente não tinham esta oferta.

Todavia, a diminuição do número de inscritos, verificada em 2003 e 2004, e o aumento da oferta de vagas, fazem com que se verifique, neste período, uma coincidência entre o número de inscritos e o número de vagas oferecidas pelas instituições privadas de ensino, responsáveis por 95% das vagas ofertadas.

Já em relação às instituições públicas o que se constata é algo bastante diverso. O número de vagas disponíveis em 1991 era de 258, representando 11% do total nacional de vagas. Em 1999, o número de vagas em instituições públicas atinge seu ápice com 500 vagas ofertadas, significando menos de 10% da oferta nacional. O número de vagas em 2004 é de 482, significando apenas 5% das vagas. Os inscritos para concorrer às vagas das IES públicas, em 2004, são 6.410 candidatos, com uma média de aproximadamente 13 candidatos para cada vaga. Ou seja, o número de

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

vagas oferecido pelas instituições públicas duplica no período, enquanto o número de inscritos para processos seletivos nestas mesmas instituições quadruplica. Destaca-se que o número total de vagas oferecidas pelo sistema público e privado no período também quadruplica, todavia são as instituições privadas que ampliam fortemente sua oferta para atender a demanda presente.

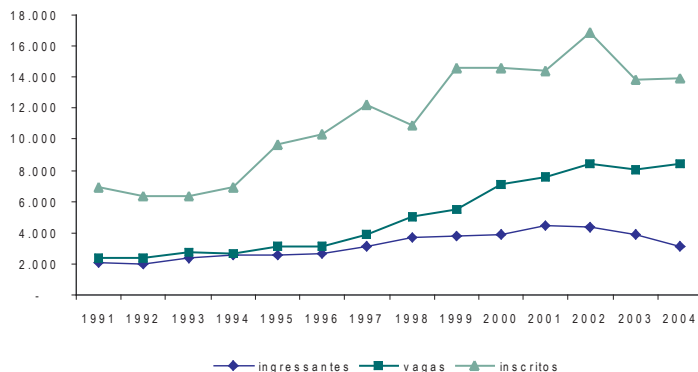
Torna-se relevante, então, considerar o número de ingressantes nestas mesmas instituições no período. O número de ingressantes é menor que o número de vagas indicando que há pessoas interessadas (inscritos), mas que não se matriculam, gerando um número significativo de vagas ociosas.

O número total de ingressantes nas instituições privadas é consideravelmente menor que o número de vagas ofertadas, e tal fato se torna mais evidente a partir de 1994, se acentuando bastante em 2004, quando das 7.950 vagas oferecidas pelas instituições privadas apenas 2.679 (34%) são preenchidas, configurando 66% de ociosidade. Já nas instituições públicas, todas as 482 vagas disponíveis em 2004 são preenchidas, não se verificando ociosidade.

Os dados permitem inferir que o fator socioeconômico pode estar relacionado à ociosidade das vagas nas instituições privadas. Altos custos dos cursos frente ao baixo poder aquisitivo da população resulta na baixa ocupação. O mesmo não se verifica nas IES públicas, que não dependem diretamente de recursos financeiros dos candidatos.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição do número de inscritos, vagas e ingressantes nos cursos de Fonoaudiologia

Gráfico 5. Distribuição do número de inscritos, vagas e ingressantes dos cursos de Fonoaudiologia



Em relação à organização acadêmica das instituições, observa-se que o ingresso nas universidades públicas, sejam elas estaduais ou federais, é de 100%. Já nas universidades privadas a ocupação das vagas é de aproximadamente 30% tanto nas instituições particulares, como nas IES comunitárias, confessionais e filantrópicas. Em relação aos centros universitários a ocupação de vagas, em 2004, foi de aproximadamente 23% nas instituições particulares e de 40% nas IES comunitárias, confessionais e filantrópicas. Para as faculdades integradas, a ocupação foi de 50% tanto para particulares quanto para as IES comunitárias, confessionais e filantrópicas. E, nas faculdades, escola e institutos, a ocupação de vagas nas instituições públicas estaduais foi de 100%, nas particulares de aproximadamente 30% e nas IES comunitárias, confessionais e filantrópicas de 40%.

Do total de vagas efetivamente preenchidas em 2004, dos matriculados, aproximadamente 14% pertence às instituições públicas e 86% às privadas. Há uma grande ociosidade de vagas nas instituições privadas e total ocupação destas nas públicas. Esta configuração faz com que a relação inicial de oferta de vagas, 5% nas públicas e 95% nas privadas, se modifique indicando o impacto das vagas ociosas.

O número total de ingressantes é sempre maior que o número de concluintes, tomados os números absolutos em todo o Brasil e os números apresentados nas diferentes regiões.

Os índices de evasão se apresentam de forma diferenciada nas diversas regiões brasileiras. Na Região Norte o número de concluintes vem caindo a cada ano, sendo de apenas 44% em 2004. Na Região Nordeste os dados mostram forte oscilação com números que variam entre 28% de concluintes em 1997, 84% em 1999, e 37,5% em 2004. Na Região Sudeste, aproximadamente 66% dos ingressantes concluem o curso, este número sofre pequenas variações ao longo do período, mostrando uma tendência de estabilidade. Na Região Sul a porcentagem de concluintes foi maior entre os anos de 1997 e 2000 (aproximadamente 70%), todavia esta porcentagem vem decrescendo, sendo de 50% em 2004. No Centro-Oeste, o percentual de concluintes variou bastante no período, mas sempre entre 60 e 80%. Em 2004, o índice foi de 59%.

Cabe ressaltar, que, de maneira geral, o número de concluintes é bastante baixo, indicando ser este um aspecto que merece maior investigação para compreensão dos seus determinantes visando à alteração desta realidade, já que investimentos públicos e privados são despendidos na formação profissional na área.

Nas universidades, onde estão mais de 50% dos que cursam Fonoaudiologia, toma-se em consideração o ingresso em 2001 e a conclusão em 2004, período mais atual e de maior estabilidade do sistema. Neste período, aproximadamente 70%

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

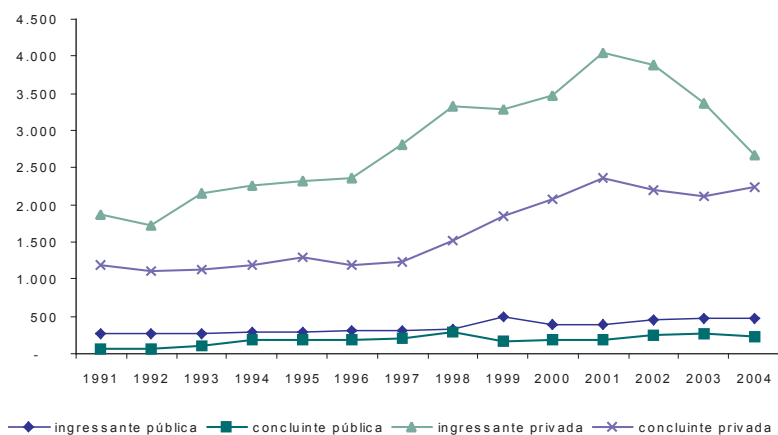
dos que freqüentam universidades federais concluíram o curso. Nas universidades estaduais, este índice reduz para pouco menos que 50%. Nas universidades comunitárias, confessionais e filantrópicas, o índice encontrado foi um pouco maior que 50% e nas universidades particulares mais de 60%.

Nos centros universitários, no mesmo período, foi verificado que mais de 60% de alunos concluintes tanto em instituições particulares como nas IES comunitárias, confessionais e filantrópicas. Nas faculdades integradas observou-se que 80% de concluintes para as instituições comunitárias, confessionais e filantrópicas, 45% para as particulares. Em relação às faculdades, escolas e institutos, o percentual de concluintes na instituição estadual é de 40%, de aproximadamente 45% nas instituições particulares, e menor que 40% nas IES comunitárias, confessionais e filantrópicas.

O número total de ingressantes e concluintes, no período de 1991 a 1997, era bastante equivalente. A partir de 1998 houve um aumento significativo da oferta de vagas e cursos, principalmente nas instituições privadas, porém, o número de concluintes não se alterou na mesma proporção.

O Gráfico 6 ilustra a distribuição dos ingressantes e concluintes nos cursos de Fonoaudiologia por categoria administrativa.

Gráfico 6. Distribuição dos ingressantes e concluintes nos cursos de Fonoaudiologia



* A quantidade de cursos corresponde apenas àqueles que participaram do ENADE-2004.



Perfil dos estudantes dos cursos de Fonoaudiologia que realizaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE

O perfil dos estudantes da área de Fonoaudiologia no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, em 2004, foi obtido por meio de uma amostra de cerca de 90% da população de participantes que entregaram o questionário socioeconômico no dia da prova, correspondendo ao montante de 3.994 estudantes, sendo 2.041 ingressantes e 1.953 concluintes, distribuídos em 89* cursos de Fonoaudiologia no Brasil. Da amostra analisada, tem-se que os estudantes, na sua maioria, são do sexo feminino (94,1%), na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (54,9%), de instituições de ensino superior privadas (88,1%) e moradores da Região Sudeste (53,9%).

Das 103 questões de múltipla escolha do questionário, serão abordados alguns aspectos referentes à caracterização sócio-demográfica, vida acadêmica e inclusão digital.

Para a análise dos dados coletados foi utilizada a estatística descritiva, levando-se em consideração a natureza das distribuições das variáveis estudadas, de acordo com sua ocorrência, relacionadas a situação do estudante (Ingressante – Ingres, e Concluinte – Concl), a categoria administrativa da instituição (Pública – Publ, e Privada – Priv) e a Região geográfica (Norte – N, Nordeste – NE, Sudeste – SE, Sul – S, e Centro-Oeste – CO).

Quanto às características sócio-demográficas, observa-se, na Tabela 1, que a grande maioria dos estudantes de Fonoaudiologia ingressantes (82,4%) e concluintes (84,2%) são solteiros. Apesar de ser evidente que, também, a grande maioria dos estudantes das instituições públicas (96,0%) e privadas são solteiros, existe um percentual maior de casados nas instituições privadas se comparados aos das públicas. Vale ressaltar que o percentual de solteiros na população urbana brasileira é de 44,34% segundo o último censo demográfico (IBGE, 2000) evidenciando assim, uma concentração maior de estudantes solteiros, no curso de Fonoaudiologia do que na população urbana brasileira, sendo o mesmo recorrente em todas as regiões geográficas. A faixa de idade dos estudantes (74,2% deles com até 24 anos) talvez seja um fator preponderante para tais resultados, pois a idade média na data do casamento civil no Brasil, por sexo, segundo as estatísticas do registro civil (IBGE, 2004) para os homens é 30,6 anos e para as mulheres é 27,2 anos.

Tabela 1. Estado civil dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|--|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Solteiro (a) | 82,4 | 84,2 | 96,0 | 81,5 | 72,9 | 85,3 | 82,5 | 83,2 | 77,9 |
| Casado (a) | 14,2 | 13,1 | 3,5 | 15,1 | 22,9 | 11,6 | 14,3 | 12,5 | 18,7 |
| Separado (a) /desquitado (a) Divorciado (a) | 1,6 | 1,1 | 0,0 | 1,6 | 1,4 | 1,7 | 1,6 | 1,9 | 1,0 |
| Viúvo (a) | 0,4 | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,9 | 0,0 | 0,4 | 0,3 | 2,2 |
| Outro | 1,4 | 1,3 | 0,5 | 1,4 | 1,8 | 1,3 | 1,3 | 2,1 | 0,0 |

Com relação ao relato dos estudantes de Fonoaudiologia quanto à sua etnia, verifica-se, na Tabela 2, um predomínio de alunos que se declararam brancos, sendo que os concluintes correspondem a 68,8% e os ingressantes 79,2%, distribuídos hegemonicamente em instituições públicas (72,5%) e privadas (74,0%). Quanto às regiões geográficas, a tendência da maior parte de estudantes declarados brancos, também, se observa nas regiões Sul (89,1%), Sudeste (72,4%), Centro-Oeste (66,0%) e Nordeste (56,9%), porém na Região Norte (47,3%) a maior parte é de alunos declarados pardos. Constata-se que há uma concentração maior de estudantes brancos no curso de Fonoaudiologia do que na população urbana brasileira, que segundo o censo demográfico (IBGE, 2000) estabelece um percentual de 45,5%, sendo observado tal padrão em todas as regiões geográficas.

Tabela 2. Etnia dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004.

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Branco(a) | 68,8 | 79,2 | 72,5 | 74,0 | 37,6 | 56,9 | 72,4 | 89,1 | 66,0 |
| Negro(a) | 5,0 | 1,4 | 4,4 | 3,1 | 3,7 | 7,6 | 4,2 | 4,5 | 3,3 |
| Pardo(a) | 22,9 | 15,8 | 17,8 | 19,7 | 47,3 | 33,5 | 19,9 | 5,2 | 27,3 |
| Amarelo(a) (de origem oriental) | 2,2 | 2,5 | 5,3 | 1,9 | 3,2 | 0,9 | 2,9 | 1,2 | 2,2 |
| Indígena ou de origem indígena | 1,2 | 1,1 | 0,0 | 1,3 | 8,3 | 1,1 | 0,6 | 0,0 | 1,0 |

Segundo a Tabela 3, a faixa de renda familiar mais recorrente dos estudantes de Fonoaudiologia ingressantes (46,9%) e concluintes (43,8) é a situada entre 3 a 10 salários mínimos, sendo predominante, também, com relação a categoria administrativa da instituição (públicas, 40,9% e privadas, 46,0%). Cabe ressaltar, também, que entre os estudantes ingressantes, a faixa de renda de até 3 salários mínimos é mais freqüente do que entre os concluintes, assim como entre os estudantes das instituições públicas. Nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul, a maior parte dos estudantes situa-se na faixa de renda familiar de 3 a 10 salários mínimos. Os estudantes das Regiões Norte e Centro-Oeste situam-se, respectivamente, nas faixas de renda de 3 a 20 salários mínimos (69,7%) e de menos de 3 até 10 salários mínimos (81,1%). Ressalta-se ainda que, na Região Norte é maior a freqüência de estudantes na faixa de renda familiar mais elevada (9,5%), assim como é menor o percentual de estudantes na faixa de renda mais baixa (10,0%). Algumas hipóteses podem ser levantadas com o intuito de explicar essas diferenças encontradas entre a Região Norte e as demais: uma possibilidade é que tais resultados apontem para uma tendência de maior inserção no curso de Fonoaudiologia de estudantes com uma situação sócio-econômica mais favorecida nesta região, uma vez que o percentual de indivíduos com rendimento de mais de 30 salários mínimos na Região Norte, de acordo com o censo demográfico (IBGE, 2000), é de apenas 0,91%; outra possibilidade é o custo da mensalidade do curso de Fonoaudiologia que dificulta o ingresso e/ou proporcione maior evasão dos estudantes com renda de até 3 salários mínimos. Por fim, uma terceira possibilidade é a ausência de curso de Fonoaudiologia em instituição pública nesta região.

Tabela 3. Renda familiar dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004.

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Até 3 salários mínimos | 21,4 | 14,7 | 24,8 | 17,3 | 10,0 | 18,8 | 19,7 | 29,0 | 41,1 |
| De 3 a 10 salários mínimos | 46,9 | 43,8 | 40,9 | 46,0 | 33,7 | 48,8 | 48,4 | 47,8 | 40,0 |
| De 10 a 20 salários mínimos | 20,5 | 23,7 | 23,8 | 21,8 | 36,0 | 21,5 | 20,7 | 15,8 | 7,8 |
| De 20 a 30 salários mínimos | 7,5 | 12,0 | 7,2 | 10,0 | 10,9 | 6,8 | 7,8 | 6,0 | 7,8 |
| Mais de 30 salários mínimos | 3,7 | 5,8 | 3,4 | 4,9 | 9,5 | 4,0 | 3,5 | 1,4 | 3,3 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Com relação à participação dos estudantes de Fonoaudiologia no mercado de trabalho, constata-se, na Tabela 4, que a maior parte dos estudantes concluintes e ingressantes de instituições públicas e privadas de todas as regiões geográficas não trabalha e seus gastos são financiados pela família. Verifica-se, ainda, que nas instituições privadas, o percentual de estudantes que trabalham e recebem ajuda da família é mais elevado que nas públicas.

Tabela 4. Participação dos estudantes de Fonoaudiologia no mercado de trabalho segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|---|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Não trabalho e meus gastos são financiados pela família | 72,1 | 80,4 | 89,9 | 74,3 | 62,0 | 82,9 | 69,6 | 69,6 | 67,7 |
| Trabalho e recebo ajuda da família | 17,1 | 12,2 | 6,9 | 15,8 | 19,9 | 11,8 | 18,7 | 18,1 | 18,3 |
| Trabalho e me sustento | 3,4 | 1,9 | 1,4 | 2,8 | 4,6 | 1,1 | 3,7 | 5,4 | 2,11 |
| Trabalho e contribuo com o sustento da família | 6,4 | 4,5 | 1,7 | 6,0 | 9,7 | 3,8 | 7,3 | 4,8 | 10,9 |
| Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família | 1,1 | 1,0 | 0,2 | 1,1 | 3,7 | 0,5 | 0,6 | 2,1 | 1,0 |

Constata-se, por meio da Tabela 5, que, entre os estudantes ingressantes do curso de Fonoaudiologia, o Ensino Médio (36,9%) é o grau de escolaridade paterna mais freqüente, sendo o Ensino Superior (37,9%) mais presente nos concluintes. Dos pais de estudantes de instituições públicas, 39,8% têm formação no Ensino Superior, e 34,4% dos pais de estudantes de instituições privadas têm formação no Ensino Médio. Quanto à região geográfica, observa-se, em todas as regiões, maior freqüência de formação paterna no Ensino Médio.

O Ensino Médio é o grau de escolaridade materna mais prevalente nos estudantes do curso de Fonoaudiologia, sendo que 39,5% correspondem ao grau de escolaridades das mães de estudantes ingressantes e 37,8% dos estudantes concluintes; assim como de 41,7% das mães de estudantes de instituições públicas e 38,3% de instituições privadas. A região com maior percentual de formação materna no Ensino Médio é a Norte.

Ao correlacionar o nível de escolaridade dos pais dos estudantes do curso de Fonoaudiologia e o desempenho dos estudantes no Exame é evidente que a Região Centro-Oeste apresenta o maior percentual de pais e mães sem escolaridade, com ensino fundamental e com Ensino Médio, se comparada com as demais regiões, bem como o menor percentual com Ensino Superior, tendo os estudantes, ingressantes e concluintes da Região Centro-Oeste, tanto com relação ao componente geral como ao específico do exame, o desempenho mais baixo.

Tabela 5. Grau de escolaridade paterna e materna dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Nenhuma escolaridade | Pai | 2,0 | 1,5 | 0,3 | 2,0 | 2,3 | 1,0 | 2,1 | 2,0 | 5,6 |
| | Mãe | 1,2 | 1,3 | 0,4 | 1,4 | 1,4 | 0,5 | 1,2 | 1,8 | 3,3 |
| Ensino fundamental: de 1ª a 4ª série | Pai | 18,1 | 15,8 | 10,6 | 17,9 | 16,1 | 13,1 | 20,3 | 18,6 | 21,4 |
| | Mãe | 16,4 | 12,5 | 7,5 | 15,5 | 9,6 | 8,6 | 22,2 | 13,5 | 16,6 |
| Ensino fundamental: de 5ª a 8ª série | Pai | 14,4 | 12,3 | 12,3 | 13,5 | 7,3 | 11,2 | 16,9 | 13,6 | 17,6 |
| | Mãe | 13,5 | 13,6 | 12,9 | 13,6 | 7,8 | 10,7 | 15,0 | 15,6 | 14,3 |
| Ensino médio | Pai | 36,9 | 32,5 | 37,1 | 34,4 | 48,6 | 41,4 | 31,0 | 42,2 | 39,6 |
| | Mãe | 39,5 | 37,8 | 41,7 | 38,3 | 46,3 | 42,0 | 35,2 | 44,0 | 45,3 |
| Ensino superior | Pai | 28,6 | 37,9 | 39,8 | 32,2 | 25,7 | 33,4 | 29,8 | 23,6 | 15,7 |
| | Mãe | 29,3 | 34,8 | 37,5 | 31,2 | 34,8 | 38,2 | 26,5 | 25,1 | 20,4 |

No que se refere às características da vida acadêmica, a Tabela 6 mostra que a maioria dos estudantes de Fonoaudiologia não é beneficiada com nenhum tipo de bolsa de estudo ou financiamento estudantil, sendo que os ingressantes correspondem a 69,3% deles e os concluintes 62,7%. Também, a grande maioria dos estudantes de instituições públicas (89,2%) e privadas (63,0%) não recebe nenhum tipo de benefício. A Região Norte (81,9%) é que apresenta o maior percentual de estudantes sem bolsas de estudo ou financiamento estudantil e a Região Sul, o menor (64,4%) delas. Porém, é importante ressaltar que para o curso de Fonoaudiologia ainda é muito restrita à concessão de bolsa de estudo ou financiamento estudantil.

Tabela 6. Bolsa de estudos ou financiamento concedido aos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|--|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Financiamento estudantil – FIES | 3,1 | 12,4 | 0,7 | 8,6 | 4,7 | 6,2 | 1,4 | 4,1 | 0,0 |
| Bolsa integral ou parcial (inclusive descontos em mensalidades) oferecida pela própria instituição | 17,1 | 16,3 | 2,6 | 18,6 | 6,5 | 11,3 | 18,5 | 22,2 | 27,1 |
| Bolsa integral ou parcial oferecida por entidades externas | 5,6 | 4,2 | 1,5 | 5,4 | 4,6 | 5,4 | 6,8 | 3,7 | 2,2 |
| Outro(s) | 4,9 | 4,4 | 6,1 | 4,4 | 2,3 | 3,7 | 6,0 | 5,3 | 2,2 |
| Nenhum | 69,3 | 62,7 | 89,2 | 63,0 | 81,9 | 73,5 | 67,2 | 64,6 | 68,3 |

Verifica-se, na Tabela 7, que 45,5% dos estudantes ingressantes e 57,9% dos concluintes do curso de Fonoaudiologia são oriundos de escola privada, sendo que destes 61,5% são de instituições públicas e 50,3% de instituições privadas. Nas Regiões Norte e Nordeste o maior percentual de estudantes é oriundo de escola privada, enquanto nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste os de escola pública são mais expressivos.

Tabela 7. Tipo de escola cursada no Ensino Médio pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|--|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Todo em escola pública | 36,1 | 26,7 | 30,7 | 31,6 | 33,0 | 14,9 | 42,9 | 45,7 | 42,7 |
| Todo em escola privada (particular) | 45,5 | 57,9 | 61,5 | 50,3 | 43,1 | 71,9 | 39,7 | 32,1 | 26,6 |
| A maior parte do tempo em escola pública | 6,6 | 5,8 | 4,0 | 6,5 | 2,7 | 2,0 | 7,2 | 10,5 | 13,5 |
| A maior parte do tempo em escola privada (particular) | 8,2 | 6,5 | 3,4 | 7,9 | 16,1 | 6,6 | 7,5 | 7,2 | 15,0 |
| Metade em escola pública e metade em escola privada (particular) | 3,5 | 3,1 | 0,4 | 3,7 | 5,0 | 4,6 | 2,6 | 4,6 | 2,1 |

Com relação ao domínio da língua inglesa pelos estudantes do curso de Fonoaudiologia constata-se, na Tabela 8, que a maior parte deles apresenta conhecimento praticamente nulo, sendo que destes 42,4% são ingressantes e 38,2% são concluintes. Entre os estudantes de instituições públicas (38,7%) é maior o percentual dos que tem domínio na leitura e escrita e falam razoavelmente o inglês, enquanto que nas instituições privadas (42,3%) é mais freqüente o conhecimento praticamente nulo. As regiões que apresentam o maior índice de estudantes com conhecimento praticamente nulo de inglês são Centro-Oeste (58,9%) e Nordeste (36,8%).

Os estudantes do curso de Fonoaudiologia, tanto os ingressantes (44,0%) como os concluintes (44,8%) apresentam conhecimento praticamente nulo de língua espanhola, sendo que destes 34,8% são de instituições públicas e 45,7% de instituições privadas; e 50,7% deles são da Região Sudeste.

Tabela 8. Conhecimento de língua estrangeira dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|------------------------------------|-----------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Leio, escrevo e falo bem | Inglesa | 6,9 | 8,3 | 13,2 | 6,8 | 5,0 | 5,2 | 7,8 | 7,3 | 6,8 |
| | Espanhola | 3,2 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 7,9 | 3,4 | 2,1 | 3,5 | 5,5 |
| Leio, escrevo e falo razoavelmente | Inglesa | 26,6 | 25,8 | 38,7 | 24,5 | 26,1 | 26,5 | 29,1 | 22,1 | 17,8 |
| | Espanhola | 16,9 | 11,2 | 20,5 | 13,2 | 21,3 | 16,5 | 15,1 | 21,2 | 15,7 |
| Leio e escrevo, mas não falo | Inglesa | 7,5 | 6,8 | 5,2 | 7,4 | 5,0 | 9,8 | 6,4 | 8,8 | 5,6 |
| | Espanhola | 5,7 | 3,3 | 5,1 | 4,4 | 6,9 | 8,6 | 4,1 | 6,3 | 4,3 |
| Leio, mas não escrevo nem falo | Inglesa | 16,7 | 20,9 | 17,0 | 19,0 | 18,4 | 21,6 | 13,8 | 19,2 | 10,9 |
| | Espanhola | 30,1 | 38,0 | 36,7 | 33,6 | 32,4 | 35,6 | 27,9 | 27,6 | 31,2 |
| Praticamente nulo | Inglesa | 42,4 | 38,2 | 26,0 | 42,3 | 45,4 | 36,8 | 42,9 | 42,6 | 58,9 |
| | Espanhola | 44,0 | 44,8 | 34,8 | 45,7 | 31,5 | 35,9 | 50,7 | 41,3 | 43,2 |

Constata-se, por meio da Tabela 9, que a televisão é a mídia mais utilizada pela maioria dos estudantes do curso de Fonoaudiologia para se manterem atualizados sobre os conhecimentos do mundo contemporâneo, tanto pelos ingressantes (63,5%) quanto pelos concluintes (66,2%), sendo o rádio a mídia menos utilizada. Observa-se, ainda, que entre as regiões geográficas o índice de estudantes que utilizam a televisão é discretamente menor no Norte e maior no Centro-Oeste. Com relação à Internet, os estudantes da Região Norte são os que mais a usam para atualização, e os da Região Centro-Oeste os que menos a utilizam. Vale ressaltar que, de acordo com a pesquisa nacional por amostra de domicílio – PNAD (IBGE, 2004), em apenas 12,4% dos domicílios particulares permanentes urbanos da Região Centro-Oeste há computador com acesso à Internet.

Tabela 9. Meio de atualização sobre os conhecimentos do mundo contemporâneo mais adotado pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004.

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|----------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Jornais | 9,7 | 8,5 | 7,4 | 9,4 | 10,2 | 10,3 | 9,9 | 9,4 | 5,5 |
| Revistas | 5,8 | 5,4 | 8,5 | 5,2 | 5,6 | 6,0 | 4,8 | 6,1 | 12,7 |
| TV | 63,5 | 66,2 | 65,0 | 64,8 | 53,7 | 65,6 | 63,5 | 61,8 | 72,7 |
| Rádio | 2,4 | 1,9 | 1,6 | 2,2 | 2,3 | 1,5 | 2,5 | 4,0 | 1,0 |
| Internet | 18,6 | 18,0 | 17,4 | 18,4 | 28,2 | 16,7 | 19,2 | 18,6 | 8,0 |

Conforme os dados apresentados na Tabela 9, os estudantes ingressantes (46,7%) e concluintes (49,3%) do curso de Fonoaudiologia fazem uso muito freqüente da biblioteca da instituição. Verifica-se que, entre os estudantes das instituições públicas, o percentual de estudantes que a utilizam freqüente ou muito freqüentemente (94,1%) é discretamente maior se comparado com os estudantes das privadas (88,5%). A Região Nordeste conta com o maior percentual de estudantes que utilizam muito freqüentemente a biblioteca.

Tabela 10. Freqüência de utilização da biblioteca da instituição pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| A instituição não tem biblioteca | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 1,1 | 0,0 |
| Nunca a utilizo | 0,7 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 0,7 | 0,0 |
| Utilizo raramente | 10,4 | 8,9 | 4,8 | 10,3 | 14,2 | 5,8 | 11,5 | 10,5 | 14,7 |
| Utilizo com razoável freqüência | 41,9 | 40,5 | 44,9 | 40,7 | 40,4 | 36,3 | 44,2 | 44,2 | 40,2 |
| Utilizo muito freqüentemente | 46,7 | 49,3 | 49,2 | 47,8 | 45,4 | 58,0 | 42,7 | 43,5 | 45,2 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Com relação ao hábito de estudo (Tabela 11), excetuando-se as horas de aula dos estudantes de Fonoaudiologia, tem-se que 37,7% dos ingressantes e 38,1% dos concluintes estudam de 3 a 5 horas semanais. Cabe ressaltar que é discretamente maior o percentual de estudantes ingressantes que apenas assistem às aulas ou estudam de 1 a 2 horas semanais e de concluintes que estudam de 6 a 8 horas semanais ou mais de 8 horas semanais.

Observa-se que o índice de estudantes nas instituições particulares (38,6%) que estudam de 3 a 5 horas semanais é discretamente maior que entre os da pública (32,5%), porém, em contrapartida, é expressivo o percentual de estudantes das públicas (30,6%) que estudam mais de 8 horas semanais em comparação aos da privada (13,4%). A maior parte dos estudantes das Regiões Norte (47,2%) e Centro-Oeste (41,5%) estudam de 1 a 2 horas semanais, os das Regiões Nordeste (42,4%) e Sudeste (40,0%), de 3 a 5 horas semanais e na Região Sul há um equilíbrio entre os estudantes que estudam de 1 a 2 horas semanais (34,4%) e os que estudam de 3 a 5 horas semanais (33,4%). Ao correlacionar o hábito de estudo com a participação do estudante no mercado de trabalho (Tabela 4) verifica-se que no Norte e Centro-Oeste, regiões que mostram que os estudantes dedicam poucas horas ao estudo, executando-se as horas de aula contam com o maior percentual de estudantes que trabalham.

Tabela 11. Horas semanais de estudos dos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Nenhuma, apenas assisto às aulas | 3,3 | 1,3 | 0,7 | 2,5 | 1,4 | 1,1 | 3,9 | 5,6 | 2,2 |
| Uma a duas | 31,6 | 27,2 | 17,4 | 31,1 | 47,2 | 27,6 | 29,2 | 34,4 | 41,5 |
| Três a cinco | 37,7 | 38,1 | 32,5 | 38,6 | 27,5 | 42,4 | 40,0 | 33,4 | 22,3 |
| Seis a oito | 14,0 | 16,0 | 18,8 | 14,4 | 7,8 | 11,7 | 14,9 | 13,8 | 23,7 |
| Mais de oito | 13,5 | 17,4 | 30,6 | 13,4 | 16,1 | 17,2 | 12,0 | 12,8 | 10,1 |

Quanto ao tipo de atividades acadêmicas extraclasse de iniciação científica, monitoria, pesquisa e extensão desenvolvidas, predominantemente durante o curso, além daquelas obrigatórias, observa-se, na Tabela 12, que 59,9% dos estudantes ingressantes de Fonoaudiologia não desenvolve nenhuma dessas atividades, reduzindo este percentual no caso dos estudantes concluintes para 26,7%, o que é compreensível pois são atividades realizadas a partir de um certo período de inserção do estudante no curso. Observa-se, ainda, que embora seja restrito o percentual de estudantes envolvidos em atividades de iniciação científica ou tecnológica nas instituições públicas (16,2%), é consideravelmente maior que o dos estudantes das instituições privadas (8,1%), o que reforça o senso comum da vocação para a pesquisa das públicas. Porém é maior o percentual nas instituições privadas de estudantes que participam de atividades de extensão se comparado com os estudantes das instituições públicas. Vale ressaltar que, quanto às regiões geográficas, as atividades de iniciação científica são mais freqüentes na Região Sul (9,0%) e que a maior parte dos estudantes não está envolvida em atividades acadêmicas extraclasse.

Tabela 12. Tipo de atividade acadêmica extraclasse desenvolvida pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|--|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Atividades de iniciação científica ou tecnológica | 4,8 | 13,6 | 1,2 | 8,1 | 3,7 | 6,5 | 3,0 | 9,0 | 1,2 |
| Atividades de monitorias | 3,6 | 10,6 | 5,1 | 7,3 | 0,0 | 2,4 | 4,5 | 2,6 | 9,6 |
| Atividades em projetos de pesquisa conduzidos por professores da instituição | 13,0 | 28,0 | 19,2 | 20,4 | 8,3 | 14,5 | 12,9 | 12,2 | 1,9 |
| Atividades de extensão promovidas pela instituição | 18,7 | 21,2 | 16,5 | 20,3 | 12,4 | 21,7 | 19,4 | 1,0 | 9,0 |
| Nenhuma atividade | 59,9 | 26,7 | 42,9 | 43,9 | 75,7 | 54,9 | 60,2 | 58,2 | 64,2 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

De acordo com a Tabela 14, a maior parte dos estudantes de Fonoaudiologia, tanto ingressantes (95,5%) como concluintes (96,9%) tem acesso à Internet, assim como, 97,6% dos estudantes de instituições públicas e 96,0% dos estudantes de instituições privadas. Quanto à região geográfica, tem-se que a maior parte dos estudantes têm acesso à Internet, porém ressalta-se que não têm acesso à Internet 7,3% dos estudantes da Região Norte e 11,6% da Região Centro-Oeste. A pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD (IBGE, 2004) mostra que na Região Norte a proporção dos domicílios particulares permanentes urbanos com computadores com acesso à Internet é de 5,1%, sendo a mais baixa do Brasil, em seguida aparece o Nordeste (6,0%), Centro-Oeste (12,4%), Sul (15,6%) e Sudeste (16,8%).

Tabela 14. Acesso à Internet pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|-----|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Sim | 95,5 | 96,9 | 97,6 | 96,0 | 92,7 | 96,5 | 96,3 | 95,2 | 88,4 |
| Não | 4,5 | 3,1 | 2,4 | 4,0 | 7,3 | 3,5 | 3,7 | 4,8 | 11,6 |

A Tabela 15 mostra que a maioria dos estudantes de Fonoaudiologia, tanto concluintes (69,2%) como ingressantes (84,1%) utiliza o computador em casa, porém vale ressaltar que um percentual significativo de ingressantes (30,8%) refere que não utiliza o computador em casa. Por outro lado, 77,0% dos estudantes de instituições públicas e 76,4% dos estudantes de instituições privadas utilizam o computador em casa. Quanto às regiões geográficas a maior parte dos estudantes utiliza o computador em casa.

Tabela 15. Utilização de microcomputador em casa pelos estudantes de Fonoaudiologia segundo a situação estudantil, categoria administrativa e região geográfica no ENADE-2004

| | Situação Estudantil (%) | | Categoria Administrativa (%) | | Região Geográfica (%) | | | | |
|-----|-------------------------|-------|------------------------------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | Ingres | Concl | Publ | Priv | N | NE | SE | S | CO |
| Sim | 69,2 | 84,1 | 77,0 | 76,4 | 74,9 | 63,5 | 73,5 | 66,4 | 53,9 |
| Não | 30,8 | 15,9 | 23,0 | 23,6 | 25,1 | 36,5 | 26,5 | 33,6 | 46,1 |



Desempenho dos estudantes de Fonoaudiologia no ENADE

A partir do documento Relatório Síntese sobre os resultados do ENADE, relativo à área de Fonoaudiologia, proceder-se-á a uma análise dos dados, comparando o desempenho dos estudantes ingressantes e concluintes no componente geral do exame, considerando que a formação do Ensino Médio e os cursos preparatórios para o vestibular, que antecedem ao ingresso no Ensino Superior, são os principais determinantes das habilidades para resolver os problemas propostos no referido componente. Em seguida, será feita uma análise individualizada, do desempenho dos ingressantes e dos concluintes no componente específico.

Essa opção metodológica de análise deve-se ao fato de que as habilidades necessárias à resolução dos problemas propostos neste componente exigem conhecimentos específicos só alcançados ao longo da trajetória do curso. Desta forma, o conhecimento agregado pelo estudante só poderá ser mensurado quando parte da amostra deste grupo de ingressantes participar de um novo exame na condição de concluintes.

A amostra do curso de Fonoaudiologia no Brasil, que participou do ENADE é composta de 4.413 estudantes, sendo 2.304 ingressantes e 2.109 concluintes, abrangendo, aproximadamente, 78,3% da população. Vale ressaltar que 5,7% (197) dos estudantes não compareceram ao exame.

No componente geral do exame, a média obtida por todos os estudantes foi de 42,4 pontos (em uma escala de 0 a 100). Observou-se que a média dos ingressantes foi muito próxima à dos concluintes, 40,2 e 44,7 pontos, respectivamente, ambos alcançando como nota máxima 100 pontos. Estes achados podem ser explicados pela formação adquirida pelos ingressantes tanto no Ensino Médio como na preparação para o vestibular. Esses dados sugerem, ainda, que os estudantes concluintes, apesar de terem vivenciado 4 anos de ensino universitário não ampliaram significativamente seus conhecimentos gerais, sugerindo que os cursos de Fonoaudiologia precisariam investir mais na formação geral de seus alunos.

Também é importante considerar as diferenças observadas de acordo com as regiões. Os dados apontam que os ingressantes do Centro-Oeste obtiveram o desempenho mais baixo (31,6 pontos) e os do Sul o mais alto (39,4 pontos). No que diz respeito aos concluintes, observou-se que, mais uma vez, os estudantes do Centro-Oeste apresentaram o desempenho mais baixo (37,2 pontos), contudo, foram os do Sudeste que apresentaram o mais alto (44,9 pontos). É possível que tais resultados estejam relacionados ao nível socioeconômico da população, pois ao



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

se proceder a uma análise das dimensões do nível socioeconômico e desempenho, observou-se uma alta correlação entre os dois, tanto para os ingressantes (0,137) como para os concluintes (0,143). Jesus (2004) demonstrou correlações positivas entre o nível socioeconômico e o desempenho de estudantes em diversas habilidades e competências, reforçando o papel do contexto socioeconômico na mediação de processos educativos formais.

No que se refere à categoria administrativa, os estudantes ingressantes das instituições federais apresentaram melhor desempenho (50 pontos) que os das estaduais e das privadas. Observou-se, ainda, que os concluintes das instituições estaduais obtiveram um desempenho ligeiramente superior aos das federais (56,0 e 54,4 pontos, respectivamente) e superior também aos das instituições privadas, cuja média foi 42,1 pontos. É possível que estes resultados em relação às privadas esteja relacionado a uma seleção menos rigorosa dos candidatos ao vestibular para estas instituições, já que os dados apontam que em média, nos últimos anos, a concorrência tem sido de aproximadamente 13 candidatos por vaga nas instituições públicas e de apenas um candidato por vaga nas particulares.

Em relação à organização acadêmica, as diferenças de desempenho tanto dos ingressantes como dos concluintes apresentaram-se de maneira bem mais sutil. Os ingressantes das universidades obtiveram a melhor média (38,2 pontos), enquanto que os dos centros universitários obtiveram a média mais baixa (35,7 pontos). No que se refere aos concluintes, foram os das universidades e faculdades integradas que obtiveram o melhor desempenho (44,3 e 44,2, respectivamente) e os das faculdades e institutos superiores obtiveram o desempenho mais baixo (38,9 pontos).

Analisando as três dimensões conjuntamente, é possível observar que a categoria administrativa (pública ou privada) parece constituir o fator preponderante no desempenho dos estudantes, seguida da região.

No componente específico do exame, a média dos ingressantes foi alta (54,1 pontos), considerando o pouco contato que estes tiveram com o conteúdo específico lecionado na área de Fonoaudiologia. Uma possível explicação para este fato pode estar relacionada ao baixo grau de dificuldade da prova, pois das 27 questões objetivas, 16 (59,3%) foram classificadas como “fácil”. A nota máxima obtida pelos ingressantes foi de 89,9 pontos, indicando ser possível alcançar uma boa nota mesmo sem ter concluído o curso. Quando comparadas às notas do componente geral, é possível observar maior diversidade de notas obtidas por este grupo.

Considerando as diferenças de acordo com as regiões, os dados apontam que as médias das notas dos ingressantes do Norte e Centro-Oeste foram as mais



baixas (37,4 e 37,7 pontos, respectivamente). As notas mais altas foram obtidas pelos ingressantes da Região Sul. Estes dados assemelham-se aos encontrados no componente geral, podendo, por analogia, ter a mesma explicação, ou seja, os diferentes níveis socioeconômicos das regiões.

Em relação à categoria administrativa, constata-se que os ingressantes das instituições estaduais obtiveram o menor desempenho (40,5 pontos), sendo muito próximo dos estudantes das instituições privadas, e os estudantes das instituições federais alcançaram a maior pontuação (47,6 pontos).

No que diz respeito à organização acadêmica, a análise revela que os ingressantes dos centros universitários apresentaram a nota média mais baixa (41,2 pontos), muito próxima àquelas obtidas pelos estudantes das faculdades, escolas e institutos superiores. Os alunos das faculdades integradas apresentaram a melhor média, porém homogênea às das demais organizações.

Observa-se que, para os ingressantes, também no componente específico as maiores variações de médias estão relacionadas à categoria administrativa e região.

No componente específico do exame, a média dos concluintes foi de 78,9 pontos que pode ser considerada boa. A nota máxima obtida foi de 100,0 pontos e apenas os concluintes obtiveram notas acima de 90,0.

Considerando as diferenças de acordo com as regiões, os dados apontam que as médias das notas dos concluintes do Centro-Oeste foram as mais baixas (62,1 pontos). As notas mais altas foram obtidas pelos concluintes do Nordeste e Sul, apresentando médias idênticas (68,3 pontos). Interessante observar que tanto os concluintes do Centro-Oeste como os concluintes do Sul mantêm o mesmo padrão de resposta para o componente geral e para o específico. Por outro lado, observa-se que os concluintes da Região Nordeste diferem neste aspecto, revelando uma boa performance nas questões de conhecimento específico, o que não ocorre nas questões de conhecimento geral. Ao que parece, as habilidades e competências que estão relacionadas ao Ensino Médio e processo seletivo, importantes à realização das questões de formação geral, sofrem diferentes influências daquelas relacionadas ao ensino da graduação, fundamentais para o bom desempenho do componente específico. Tais resultados permitem inferir que outras dimensões, além daquela relacionada ao nível socioeconômico, tais como qualidade de ensino, oportunidades acadêmicas, inserção em atividades de pesquisa e extensão e outras atividades curriculares, podem concorrer para o desempenho dos estudantes.

Em relação à categoria administrativa, os concluintes das instituições privadas obtiveram o menor desempenho (65,9 pontos) e os da estadual o maior (77,9 pontos). Os estudantes concluintes das federais apresentaram um desempenho

intermediário (77,5 pontos). Os concluintes das faculdades, escolas e institutos superiores apresentaram a nota média mais baixa (62,9 pontos). Os alunos das faculdades integradas apresentaram a melhor média (69,2 pontos).

Observa-se também que, para os concluintes, as maiores variações de médias estão relacionadas à categoria administrativa, sendo muito provável que a combinação das dimensões nível socioeconômico, sensibilização quanto a temas socialmente relevantes, qualidade de ensino, oportunidades acadêmicas, inserção em atividades de pesquisa e extensão e outras atividades curriculares sejam determinantes na construção de competências e habilidades necessárias à formação específica.

Desafios, tendências e perspectivas para a Fonoaudiologia no Brasil

Os dados apresentados neste capítulo suscitam muitas discussões e reflexões apontando para caminhos que poderiam ser trilhados pela área objetivando seu crescimento e, ao mesmo, buscando consonância com as políticas públicas na área da saúde, adequação da formação de recursos humanos e atendimento às necessidades sociais do País.

Assim, percebem-se ações que precisam ser tomadas/incentivadas pelo Estado brasileiro. Uma delas é aquela que vise ao desenvolvimento e à apropriação dos conhecimentos em várias regiões do Brasil, destacando-se no caso da Fonoaudiologia atenção especial ao Centro-Oeste e Norte do País. A ausência de cursos mantidos por IES públicas nestas regiões impede o acesso de ampla camada da população a esta formação. Outro ponto de destaque é a efetiva participação da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde, já que um forte incentivo para uma formação em consonância com as políticas de saúde vigentes é a presença de profissionais da área atuando no sistema e a perspectiva de oferta de postos de trabalho. Ressalta-se também a necessidade de bolsas de estudo e outras medidas que considerem a condição sócio-econômica desfavorável da maioria dos estudantes de Fonoaudiologia, o que certamente colaborará para a diminuição dos altos índices de evasão e do desperdício de recursos investidos nesta formação.

Outros aspectos do estudo indicam ações e reflexões a serem implementadas pelos cursos de graduação em Fonoaudiologia. Os dados apontam para a fragilidade na formação em relação aos conhecimentos gerais que perpassam o cotidiano dos estudantes e a sociedade na qual estão inseridos. A maioria dos alunos relata ter o hábito de informar-se apenas pela televisão e não ter hábito de leitura. Estas são



características fundamentais a serem levadas em conta pelos projetos pedagógicos dos cursos, visando oferecer e construir com seus alunos outras possibilidades de acesso ao conhecimento, gerando uma visão mais ampla e crítica da realidade social. Outro fator importante indicado pelos dados é o pouco conhecimento de línguas estrangeiras e a dedicação de poucas horas para estudo. Em uma sociedade globalizada, que exige formação e informação constantes, estas características dos alunos não favorecem um desempenho em conformidade com as demandas do mercado. Assim sendo, é necessário que os cursos estejam atentos a isso. Em relação a aspectos da formação específica destaca-se que os conhecimentos referentes à pesquisa e à promoção da saúde merecem maior atenção dos cursos e das IES, visando a uma formação mais aprofundada e consonante com as necessidades atuais indicadas pelas diretrizes curriculares e pelos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade). A retrospectiva histórica da Fonoaudiologia aponta para uma visão fortemente marcada pelos aspectos clínicos e centralizada nas técnicas, que precisa ser alterada para atender as demandas atuais. A atenção pelos cursos e IES aos fatores aqui indicados poderiam trazer um impacto positivo em relação ao aumento do número de concluintes, alterando as taxas preocupantes de evasão vigentes.

O estudo aponta para a relevância de se incentivar a implementação efetiva das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Fonoaudiologia buscando uma formação alinhada com as políticas públicas vigentes. Todavia, é importante ressaltar que as competências e habilidades específicas, expostas neste documento, merecem ser revisitadas continuamente tanto pelo Ministério da Educação como pela área, já que em muitos aspectos mantém-se a ênfase na visão clínica, centralizada no atendimento ambulatorial e tecnicista limitando a formação orientada pelos princípios do SUS.

A perspectiva que se abre a partir desta publicação é de que outras análises sejam realizadas a partir dos dados apresentados. Outros estudos se mostram necessários, tais como aqueles que possam relacionar dados de atuação do fonoaudiólogo na área da saúde em relação às demandas da população, número de profissionais por habitantes, número de profissionais em unidades de saúde, dados epidemiológicos na área, e dados do DATA SUS, entre outros. Conhecer melhor a realidade de atuação deste profissional pode orientar adequadamente políticas de formação de recursos humanos para a área.

Espera-se que este estudo possa gerar debates e reflexões nas instituições de educação superior, entre os pares da área, entre as entidades representativas de fonoaudiólogos, para 'se pensar' e pensar rumos para a Fonoaudiologia.

Referência bibliográfica

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação**: um encontro histórico. Ed. Plexus, 1995. p. 151.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 06/83. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 abril de 1983, Seção I, p. 6117.

DIDIER, M. G. S. L. **Fonoaudiologia**: sua história em Pernambuco (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

IBGE. **Censo Demográfico – 2000**: características gerais da população: resultados da Amostra. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 9 de março. 2006.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**. Estatísticas do Registro Civil, 2003. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 27 fevereiro. 2006.

IBGE. SIDRA. **População residente por cor ou raça**. Disponível em www.sidra.ibge.gov.br. Acesso em 23 fevereiro. 2006.

_____. **População residente por sexo**. Disponível em www.sidra.ibge.gov.br. Acesso em 23 fevereiro. 2006.

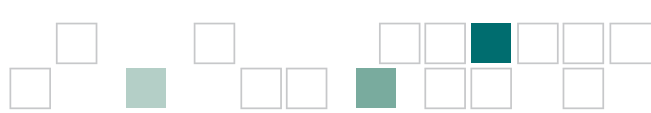
_____. **População residente por rendimentos**. Disponível em www.sidra.ibge.gov.br. Acesso em 23 fevereiro. 2006.

_____. **População residente por estado civil**. Disponível em www.sidra.ibge.gov.br. Acesso em 23 fevereiro. 2006.

IBGE. PNAD. **Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2003. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 3 março. 2006.

INEP. **Relatório Síntese sobre os Resultados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) relativo à área de fonoaudiologia**. 2004. Disponível em www.inep.gov.br. Acesso em 14 de fev. 2006.

JESUS, G R de. **Fatores que afetam o desempenho em português**: um estudo multinível com dados do SAEB 2001. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.



MEIRA, I. Breve Relato da História da Fonoaudiologia no Brasil. In

Marchesan, I; Zorzi, J; Gomes, I. **Tópicos em fonoaudiologia**, São Paulo, Ed. Lovise, 1998.

VERRI, C. **A fonoaudiologia escolar e seus sentidos** (Dissertação de Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1998.

Éfrem de Aguiar Maranhão

Doutor, Professor de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco e Médico Cardiologista da Universidade Estadual de Pernambuco. Presidente da Federação Brasileira de Academias de Medicina, Membro Titular da Academia Brasileira de Educação.

Fernando A. Menezes da Silva

Doutor, Professor de Medicina da Universidade Federal de Roraima, vice-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica.

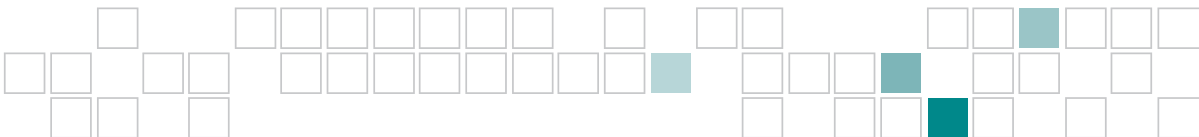
Joel Alves Lamounier

Doutor, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica, Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Evandro Guimarães Sousa

Doutor, Professor de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Membro da Câmara Técnica da Comissão Nacional de Residência Médica.

MEDICINA



Introdução

O ensino médico no Brasil foi iniciado em 1808, com a chegada de Dom João VI, quando o doutor José Correia Picanço obteve autorização para a criação do Curso Cirúrgico Médico no antigo Hospital Militar da Bahia. Em seguida, foi criada a Escola de Anatomia e Cirurgia na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1832, essas instituições são transformadas em faculdades de Medicina, adotando normas e programas da Escola Médica de Paris, já que foram criadas sob a inspiração da escola francesa, cuja influência perdurou até o final da Segunda Grande Guerra, quando passou a prevalecer o modelo norte-americano.

Na evolução do ensino médico pode-se assinalar três grandes etapas:

A primeira é a científica, iniciada no final do século XIX quando os progressos da ciência e da tecnologia determinaram novos rumos da Medicina, inclusive imprimindo um grande desenvolvimento às especialidades.

A segunda é a relacionada à utilização de princípios pedagógicos ao ensino médico, que obteve grande desenvolvimento nos Estados Unidos durante a década de 50 e, graças às Associações de Escolas Médicas, foi difundida para todo o continente americano.

A terceira etapa relaciona-se às transformações socioeconômicas do pós-guerra, coincidindo com a tomada da consciência do valor da saúde das populações, estimulando as escolas para a formação de médicos comprometidos com os fatores sociais que interferem na saúde da comunidade e não apenas oferecendo o tradicional treinamento para o atendimento individual. Estas transformações foram adotadas, de modo integral ou parcial, por instituições de países da América Latina, dependendo das condições de cada uma delas.

No início, os cursos de Medicina no Brasil, tinham a duração de 4 anos, com enfoque no ensino da Anatomia e Cirurgia. Em 1813, a duração desses cursos foi ampliada para 5 anos. Em 1832, as Escolas passaram a ser denominadas de Faculdades de Medicina, ampliaram seu tempo de estudo para 6 anos e enfatizaram a formação em Ciências Acessórias, o equivalente às Ciências Básicas, além das Ciências Médicas e Cirúrgicas.

A qualidade dos cursos de Medicina oferecidos sempre constituiu uma preocupação por parte dos administradores e educadores desta nação. Assim, a Resolução CFE nº 8/69 fixou os conteúdos mínimos e a duração de 6 anos letivos do curso médico, com o mínimo de 5 e máximo de 9 anos. Definiu que o curso de graduação em Medicina abrange o estudo das bases doutrinárias e realização de exercícios práticos pertinentes às matérias do currículo mínimo.



As matérias foram distribuídas nos ciclos básico e profissional, perfazendo um mínimo de 4.500 horas, além de estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde, em regime de internato, com o mínimo de dois semestres. Esta resolução foi alterada, sucessivamente, pelas Resoluções CFE n° 5/84 e CFE n° 01/89, atualmente revogadas pela Resolução CNE/CES n° 4/01, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Desse modo, na evolução do ensino médico no Brasil, uma quarta etapa pode ser considerada, após a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais e o início da sua implantação nos cursos de graduação em Medicina a partir de 2001. Essas diretrizes foram resultado de uma construção coletiva, permitindo uma articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, abandonando-se a visão, exclusivista e equivocada, do ensino com ênfase nas doenças, em diagnóstico e tratamento, focado exclusivamente no indivíduo.

Como princípios das Diretrizes Curriculares podem ser destacados:

- A garantia, às instituições de ensino superior, de ampla liberdade para elaboração de seu currículo e projeto pedagógico, na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas.
- A ampla liberdade para indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino e de aprendizagem que comporão os currículos, evitando-se ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos, admitindo-se a definição de percentuais de cargas horárias para o Internato, o que permitiu:
 - Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
 - Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
 - Estimular práticas de estudo independentes, visando a uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e a os discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Destaca-se, ainda, o incentivo à articulação entre o curso médico e o Sistema de Único de Saúde, com o objetivo de proporcionar a formação de um profissional competente com ênfase na promoção, recuperação, reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças. Dessa forma, adotou-se o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS como elementos fundamentais para esta articulação.

Os profissionais devem ser dotados de competências, habilidades e atitudes contemporâneas, comprometidos com as necessidades da saúde do País, possuidores da capacidade de atenção integral, dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, assegurando os mecanismos de referência e contra-referência e o trabalho em equipes multiprofissionais.

As diretrizes propiciam a ruptura do modelo tradicional de formação médica baseado na assistência hospitalar centralizada, como solução, tanto para a atenção médica, como para a formação desses profissionais da saúde.

O perfil do médico definido nas diretrizes é de um profissional com formação generalista, humanista, capacidade crítica e reflexiva para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatizou-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Para o desempenho adequado das funções do médico nos dias atuais, são requeridas outras capacidades, além do conhecimento e de habilidades específicas. Das competências gerais desejadas na formação do médico destacam-se a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Os cursos de Medicina devem oferecer oportunidades



para complementar a formação do futuro profissional, de acordo com as diretrizes curriculares.

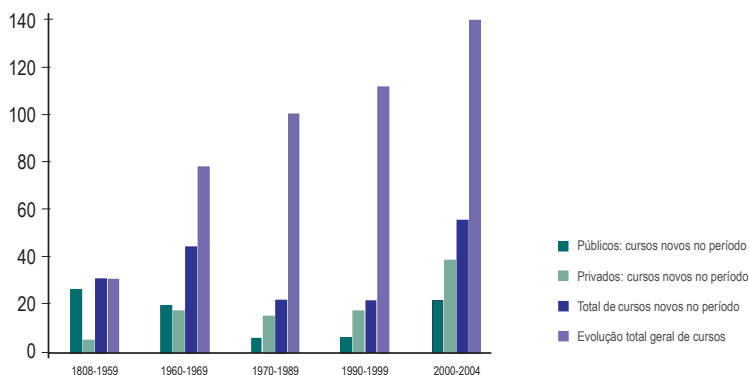
Neste estudo da trajetória dos cursos de graduação em Medicina no Brasil, a análise de dados fundamentou-se no Censo da Educação Superior e no Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes – ENADE, complementado pelos dados do IBGE e do Exame Nacional de Cursos – ENC. Envolve uma análise sobre a demanda de candidatos para o curso, o crescimento desses cursos, a distribuição regional, a dependência administrativa das instituições, bem como o perfil dos alunos. Tem como propósito oferecer contribuições para o planejamento estratégico que orientem as políticas públicas para expansão do ensino médico e sua ordenação na integração com o Sistema Único de Saúde, a partir das tendências, perspectivas e desafios observados.

Evolução do ensino médico no Brasil e expansão dos cursos

Desde a criação do primeiro curso médico, decorridos quase duzentos anos, pode-se observar duas fases distintas. Uma fase longa, de lenta expansão, compreendida entre 1808 e 1959, na qual foram criados apenas 27 cursos no País. Segue-se uma fase de grande expansão do número de cursos, de 1960 a 2004, quando foram criados 113. Esse período, com duração de 44 anos, pode ser dividido em quatro etapas de expansão bastante definidas e com períodos de tempo diversificados. Assim, ao final de 2004, o País passa a contar com um total de 140 cursos de medicina. Desta forma, os 27 cursos iniciais representam 19,3% num período de 196 anos, o que dá um índice de 0,18 curso/ano. Por outro lado, de 1960 a 2004, os 113 (80,7%) cursos criados em 44 anos representam um índice de 2,57 curso/ano. O Gráfico 1 evidencia claramente essas fases.

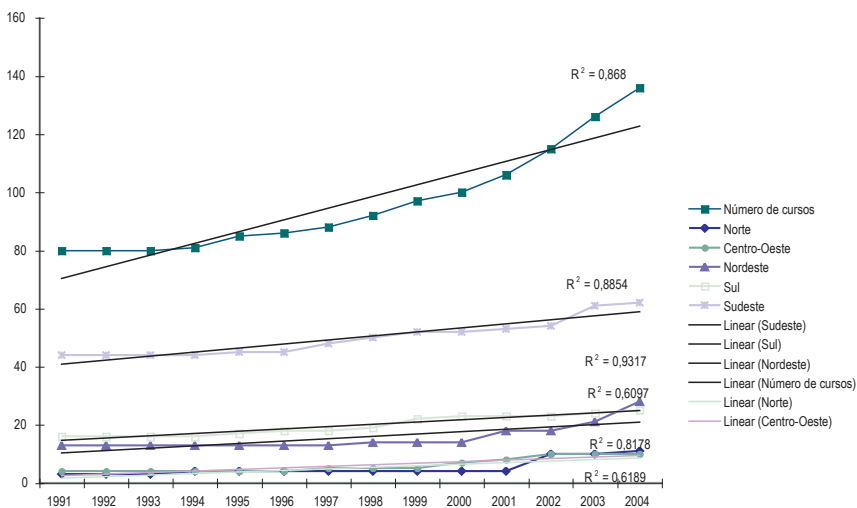
Na primeira fase, até 1959, os novos cursos dependeram de investimento público, com pouca presença do setor privado. Porém, na segunda fase, observa-se retração do setor público e expansão do setor privado. Mesmo com novos investimentos do setor público, no período de 2000 – 2004, fica evidente a forte tendência da expansão do setor privado. Ao final do período, de 140 cursos, 73 eram privados e 67 públicos. Na análise desse processo de expansão não encontramos um planejamento para a implantação de novos cursos, no que diz respeito às necessidades de vagas por região ou unidade administrativa (UF).

Gráfico 1. Número de cursos de medicina por período: cursos novos por categoria administrativa e o crescimento do número total de cursos no País



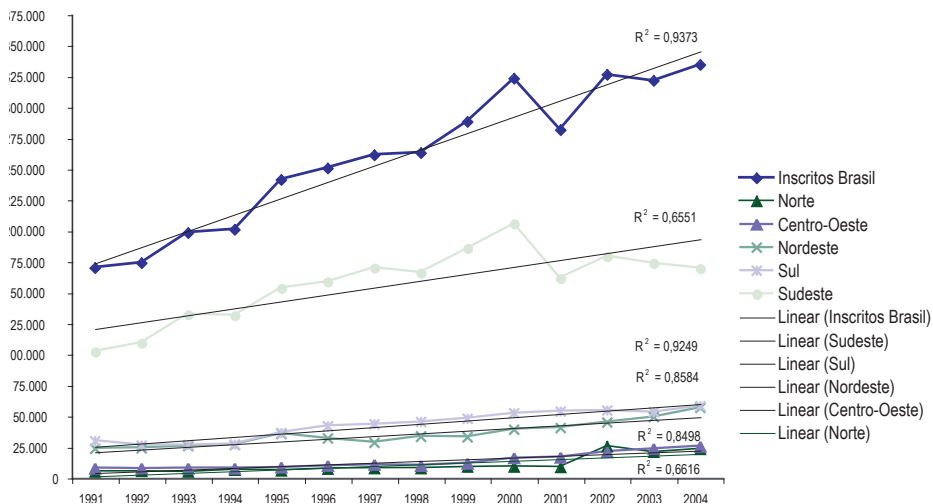
O processo de expansão dos cursos ocorreu em todas as regiões do País. Os dados do Censo da Educação Superior, no período 1991 – 2004, mostram um crescimento no número de cursos nas diversas regiões do País (Gráfico 2), embora a Região Sudeste seja preponderante em termos de cursos ofertados, o que decorre da sua maior densidade demográfica e melhor condição socioeconômica. Nessa série histórica, a Região Sul apresentou a maior tendência de crescimento, seguida pelo Sudeste e Centro-Oeste. As Regiões Nordeste e Norte apresentaram menor crescimento, respectivamente. Entretanto, observa-se, a partir de 2000, maior expansão de cursos de Medicina nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, comparado com Sul e Sudeste, considerando-se os valores do coeficiente de correlação linear (R^2).

Gráfico 2. Criação de novos cursos de medicina no País por região



Vale ressaltar que a expansão dos cursos médicos não constituiu um fato isolado. O processo acompanhou o rápido crescimento da população brasileira nos últimos anos, o que exigiu maior oferta de cursos no sistema de ensino superior. Além disso, deve-se também ao desejo de integrantes da sociedade aspirando a uma ascensão social por meio de sua escolarização, especialmente pelo status conferido pelo título de médico.

Gráfico 3. Evolução do número de candidatos aos cursos de medicina no País e suas regiões



Além do crescimento populacional e da expansão do número de concluintes do Ensino Médio, deve-se destacar o aumento na demanda por profissionais na área de saúde, em particular com a criação de programas como o Saúde da Família. Isto, sem dúvida, reflete-se no aumento do número de candidatos aos cursos de medicina no País como mostrado no Gráfico 3. No intervalo entre 1991 e 2004, observa-se a tendência de crescimento na demanda (número de candidatos) em todas as regiões. Todavia, verifica-se uma tendência de queda de crescimento na Região Sudeste a partir do ano de 2001, fenômeno que precisa de melhor análise. Mas, tratando-se da região de maior poder econômico, isso poderia decorrer de migração de candidatos para submeter-se a processo seletivo em outras regiões, uma vez que a curva de candidatos/Brasil mantém sua tendência de crescimento.

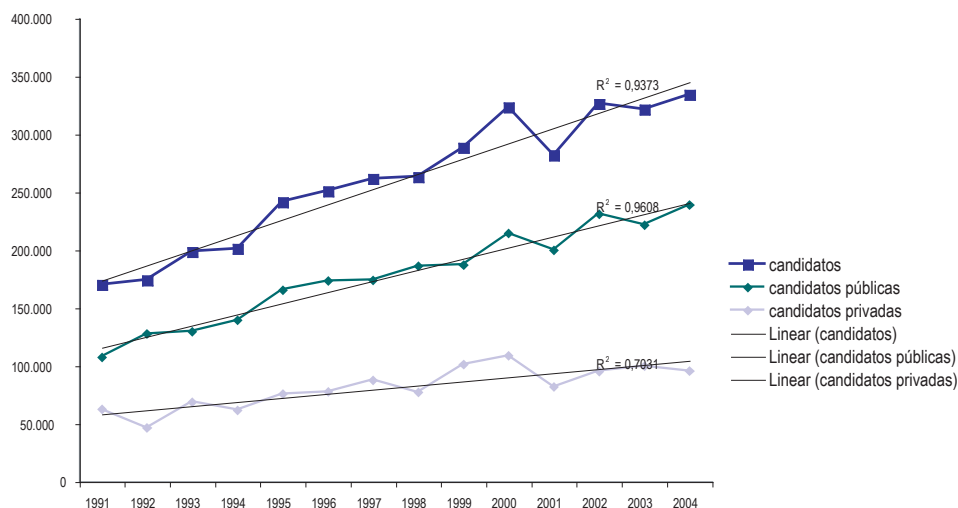
A evolução da relação candidatos/vaga por categoria administrativa

No que se refere à relação candidatos/vaga, quanto à categoria das instituições, foram consideradas apenas públicas e privadas. Nas públicas incluídas as federais, estaduais e municipais; nas privadas também as filantrópicas.

No período de 1991-2004, observa-se um crescimento nas duas categorias administrativas em estudo (Gráfico 4). Comparando-se com o crescimento populacional brasileiro, verifica-se que esse crescimento foi quase o dobro da população em geral, e é expressivamente maior para o setor público ($R^2 = 0,9606$). Por outro lado, enquanto o crescimento tende a se manter no setor público, no setor privado, a partir de 2000, a tendência foi um pico de queda seguido de estabilização, fato possivelmente devido ao surgimento de um novo perfil socioeconômico de alunos egressos do Ensino Médio, sobretudo oriundos de escolas públicas, o que demonstra o acerto da expansão das políticas de financiamento de alunos ao ensino superior, a exemplo do FIES e PROUNI, e a expansão de vagas no setor público.

Ao mesmo tempo, quanto ao número de vagas ofertadas, constata-se uma tendência de crescimento maior no setor privado, comparado com o setor público, a partir de 2001 (Gráfico 5). Da mesma forma, os mesmos achados ocorreram também na evolução da relação candidato/vaga (Gráfico 6). Portanto, isso implica necessidade de um planejamento estratégico para uma política de expansão.

Gráfico 4. Número de candidatos aos cursos de medicina por categoria administrativa



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Gráfico 5. Evolução do número de vagas por categoria administrativa

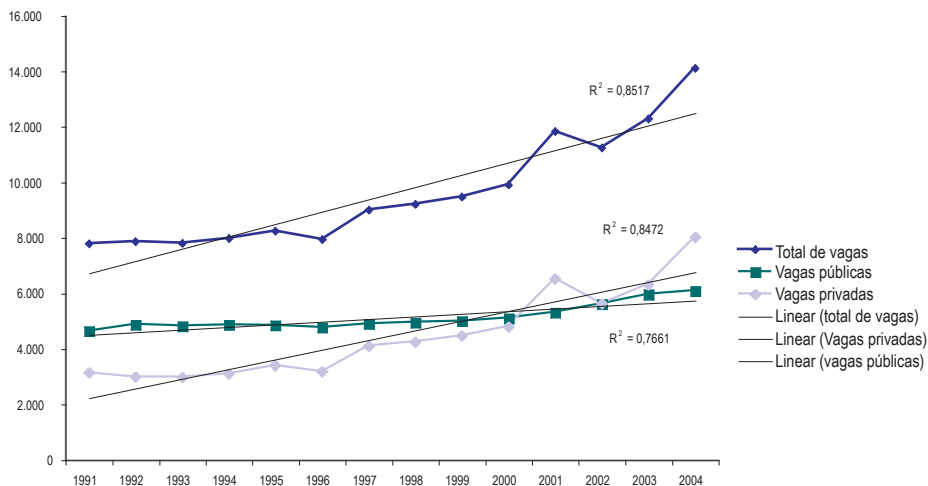
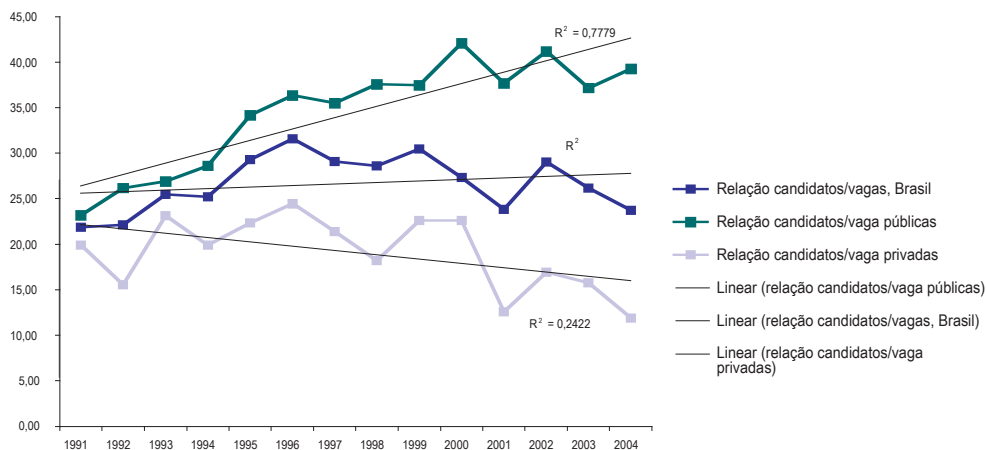


Gráfico 6. Evolução da relação candidatos/vaga por categoria administrativa



O perfil do estudante do curso médico

Para obtenção do perfil do estudante do curso médico foram utilizados dados do ENADE e do Censo de Educação Superior do MEC. A partir dos dados do questionário socioeconômico do ENADE e de séries históricas do Censo, traçou-se o perfil dos estudantes que ingressaram e concluíram o curso médico. Para efeito de análise, do ENADE – 2004 foram considerados: auto-avaliação feita pelo estudante, grau de independência financeira, grau de escolaridade dos pais, características e hábitos de estudo que contribuem para a aprendizagem e do Censo: percentual de concluintes por ano de ingresso 1991 – 1999; relação ingressante/concluinte por gênero 1998 – 2004; número de concluintes por gênero 1991 – 2004; número de candidatos e ingressantes por gênero 1998 – 2004; evolução da relação candidatos/ingressantes por gênero 1998 – 2004; faixa etária dos ingressantes por categoria administrativa 2004.

O perfil dos estudantes segundo o Censo da Educação Superior

No curso médico ingressam, predominantemente, jovens de 18 a 24 anos. Na medida em que cresce a faixa etária, observa-se maior ingresso no setor privado, (Gráfico 7). Embora raro, há estudantes acima dos 30 anos e, curiosamente, alguns com idade de 65 anos ou mais.

Gráfico 7. Faixa etária dos ingressantes por categoria administrativa

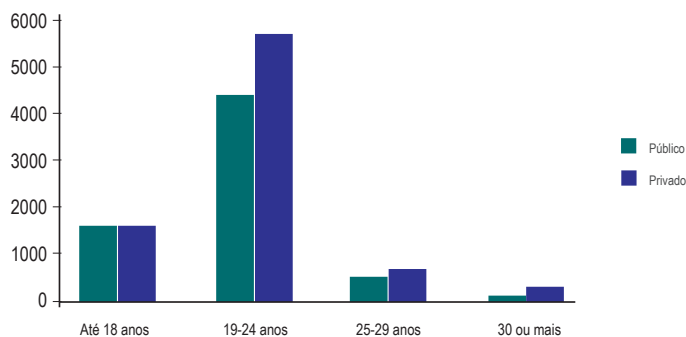
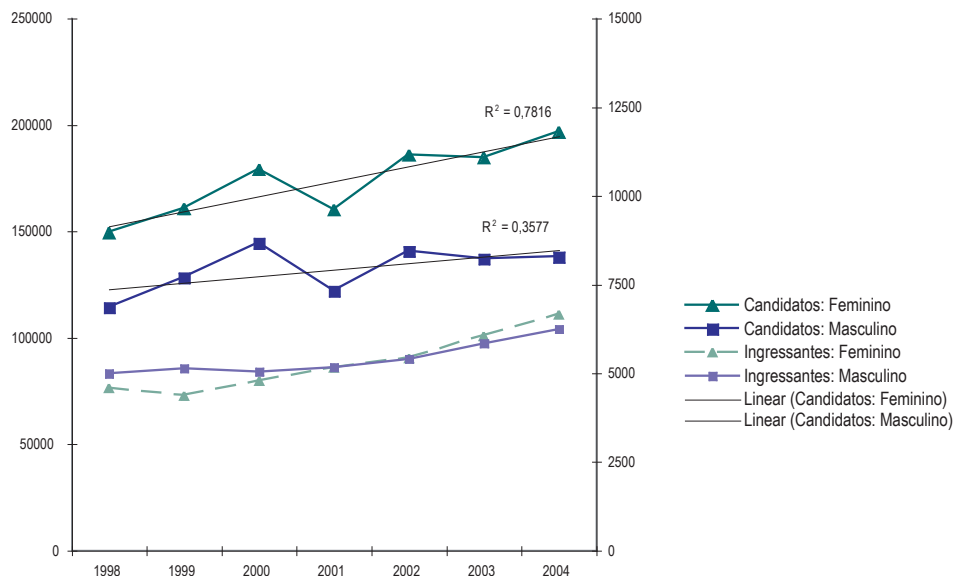


Gráfico 8. A evolução do número de candidatos e de ingressantes por gênero



Quanto ao sexo, observa-se predominância do sexo feminino na procura do curso médico, com tendência de crescimento (Gráfico 8), enquanto no sexo masculino a tendência é de estabilização. No Gráfico 9 está ilustrada a evolução de candidatos por ingressantes no curso médico. Verifica-se que, até 2002, a predominância foi do sexo masculino e, a partir de então, do feminino, o que mostra um possível processo de feminização da profissão. Apesar dessa predominância feminina, no Gráfico 9 verifica-se uma taxa maior de sucesso (candidato/ingressante) na série histórica masculina. Ao contrário dos demais itens da série histórica do Censo da Educação Superior, as questões de gênero mostradas nos Gráficos 8 e 9 foram analisadas com os números disponíveis em uma série menor (1998 a 2004). Para a construção do Gráfico 10, foi considerado o ano do ingresso e o da esperada conclusão (6 anos depois). O número de concluintes é maior no sexo masculino (Gráfico 10), fenômeno que necessita de maior análise a partir de uma série histórica maior, sobretudo para verificar essa relação nas turmas de concluintes a partir de 2008 (que ingressaram a partir de 2000).

Gráfico 9. A evolução da relação candidatas/ingressantes por gênero

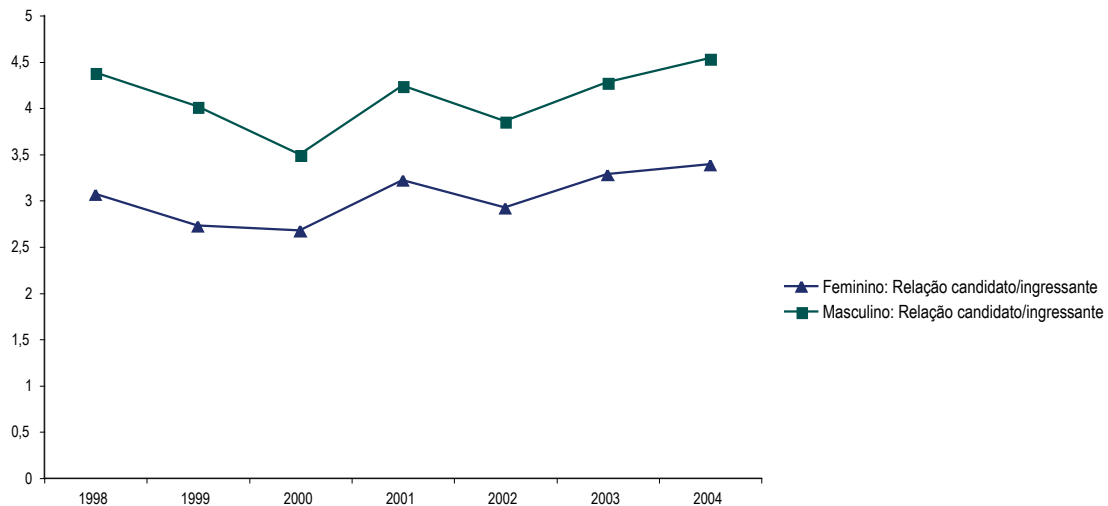
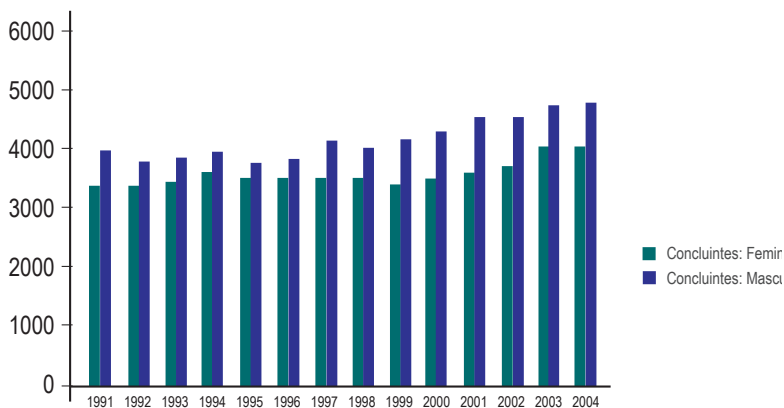
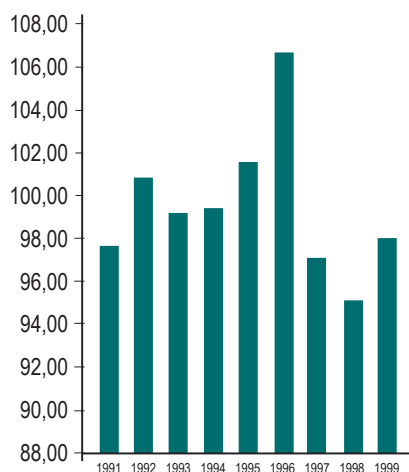


Gráfico 10. Concluintes por gênero



Um outro aspecto de interesse é a análise do percentual de concluintes. No Gráfico 11 fica evidente a baixa evasão do curso médico. Este sucesso provavelmente decorre do processo seletivo extremamente competitivo e das melhores condições socioeconômica desses estudantes.

Gráfico 11. Percentual de concluintes por ano de ingresso, considerando a duração do curso – 6 anos

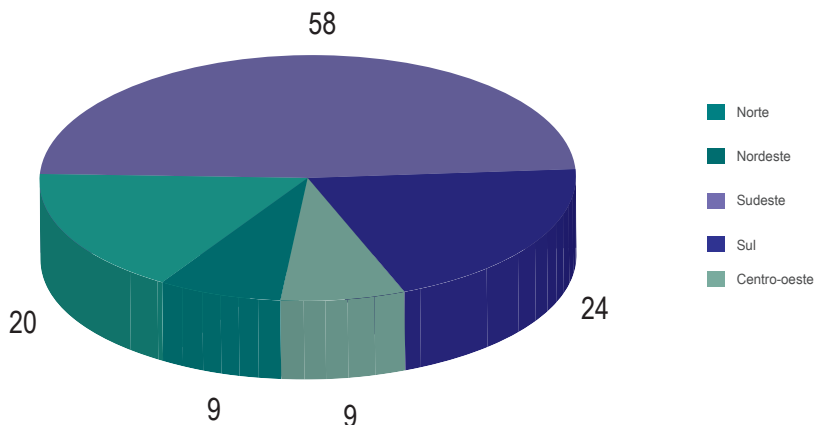


O perfil dos estudantes segundo o ENADE-2004

Participaram do exame 18.527 estudantes ingressantes e concluintes de 120 instituições de ensino superior do País. Esse número de participantes foi considerado representativo de todos os cursos de medicina, selecionados por meio de amostra, obedecendo a critérios estatísticos apropriados para essa finalidade. Deste total de participantes, 11.067 (59,7%) eram ingressantes e 7.460 (40,3%) concluintes. Em todas as regiões do País predominaram os ingressantes em relação aos concluintes.

Quanto às instituições de ensino superior foram envolvidas 63 privadas e 57 públicas, respectivamente 53,8% e 46,2%. Desta última categoria, 35 (32,8%) são federais, 17 (10,4%) estaduais e 5 (3%) municipais. A distribuição das instituições por regiões do País foi a seguinte: 58 (48%) Sudeste, 24 (20%) Sul, 20 (18%) Nordeste, 9 (8%) Norte e 9 (8%) Região Centro-Oeste (Gráfico 12).

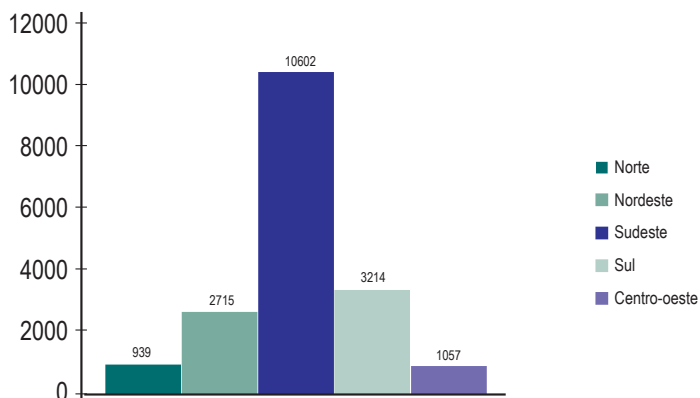
Gráfico 12. Número de cursos participantes do ENADE por região



A distribuição dos estudantes participantes por regiões do País foi a seguinte: Sudeste 10.602 (57,2%), Sul 3.214 (17,3%), Nordeste 2.715 (14,7%), Centro-Oeste 1.057 (5,7%) e Norte 939 (5%).

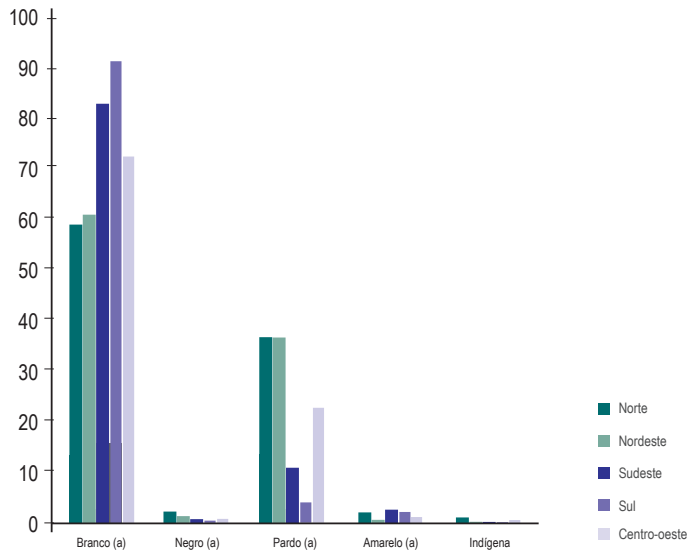
A distribuição do número de estudantes por região (Gráfico 13), comparada com a distribuição de cursos de medicina no País (Gráfico 12), reflete exatamente a situação de predomínio absoluto da Região Sudeste, coerente com a maior concentração populacional e de renda do País. Portanto, a amostra é representativa, isto é, compatível com a realidade, e confirma o adequado processo estatístico, o que permite fazer inferências para todos os cursos de medicina.

Gráfico 13. Número total de participantes do ENADE-Medicina por região



A análise dos dados do questionário socioeconômico permitiu uma visão do perfil geral dos ingressantes e concluintes do curso médico. Com relação à cor, a maioria dos estudantes considera-se de cor branca e o maior número dos que se consideram pardos estão concentrados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O Gráfico 14 demonstra ainda um pequeno percentual de estudantes que se consideram negros, amarelos ou indígenas.

Gráfico 14. ENADE: como se consideram os participantes



Quanto à atividade laborativa, uma expressiva quantidade dos estudantes não trabalha (Gráfico 15), é solteira e não possui, na sua maioria, financiamento para estudos (Gráficos 16 e 17). Isso pode ser atribuído a uma melhor condição socioeconômica, pois a maioria provém de famílias com renda mensal que ultrapassa os dez salários mínimos (Gráfico 18), estudaram em escola privada (19) e têm pais com nível de escolaridade elevado (Gráficos 20 e 21). Sem dúvida, outro fato que tem relação com esse perfil é que o curso exige dedicação integral do estudante.

Gráfico 15. ENADE: situação ocupacional dos estudantes

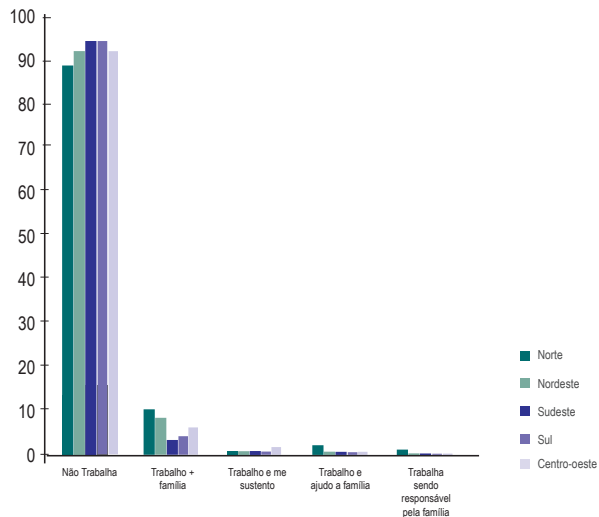


Gráfico 16. ENADE: estado civil dos participantes por região

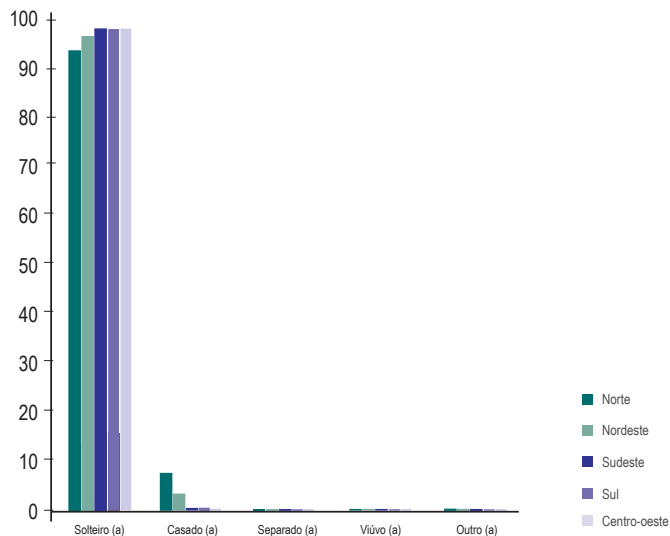
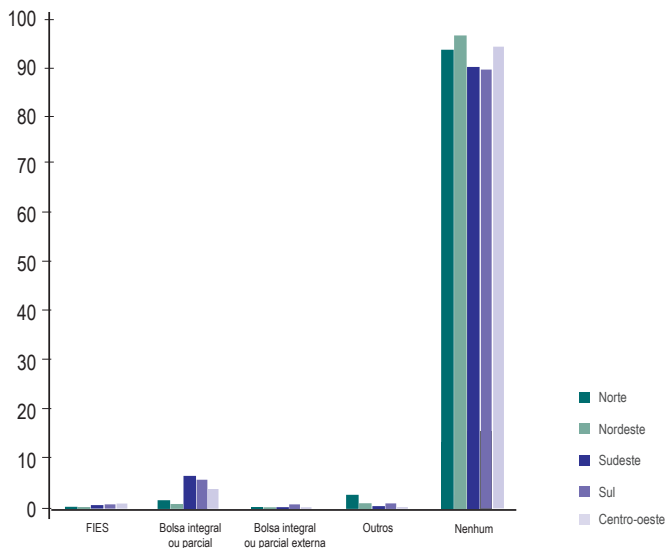


Gráfico 17. ENADE: participantes com bolsa de estudo



De modo predominante, estes estudantes cursaram o Ensino Médio em instituições privadas, variando de 68,8% na Região Norte a 88,1% na Região Nordeste (Gráfico 19).

Gráfico 18. ENADE: renda mensal dos membros das pessoas que moram na casa do estudante

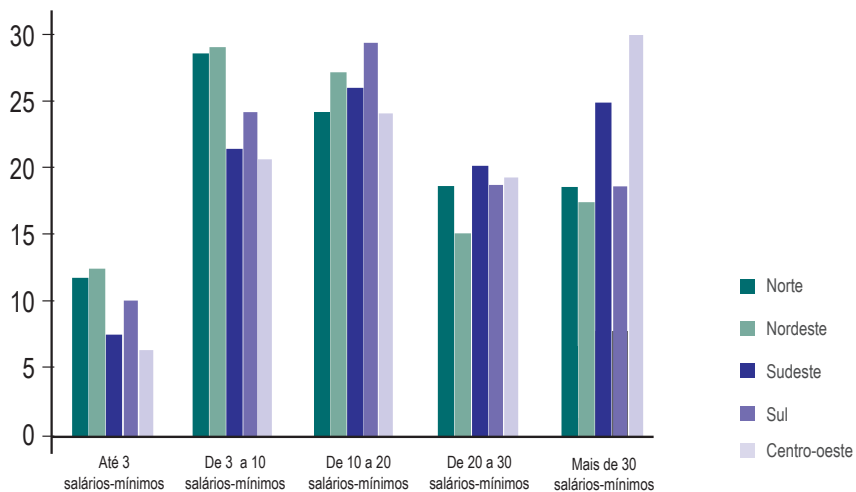
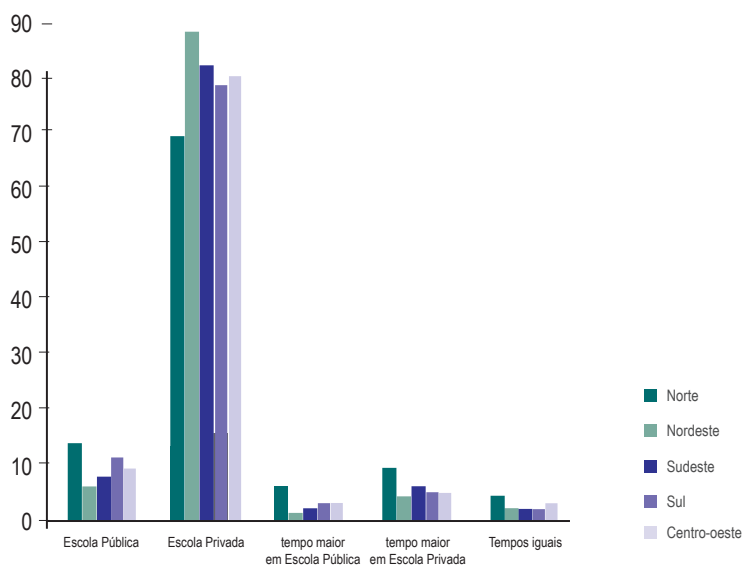


Gráfico 19. ENADE: escola que freqüentou no Ensino Médio



Provavelmente, a capacidade de financiamento familiar representada na composição da renda mensal seja a razão para a pouca obtenção de bolsas de financiamento estudantil, observada no Gráfico 17.

Gráfico 20. ENADE: grau de escolaridade do pai

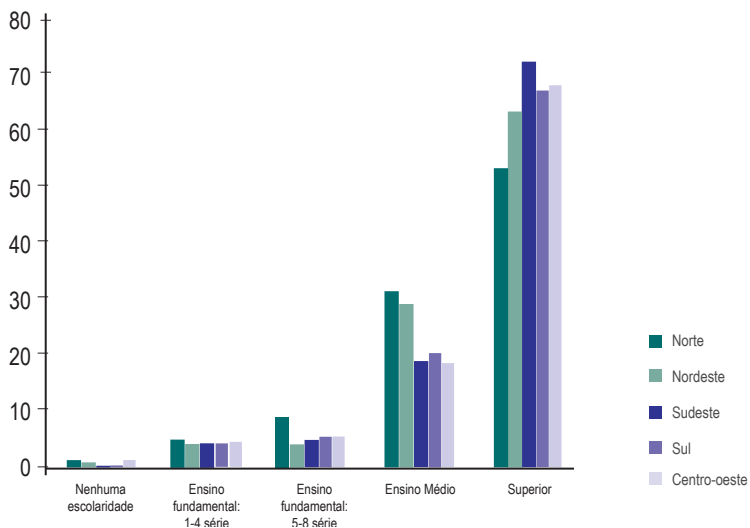
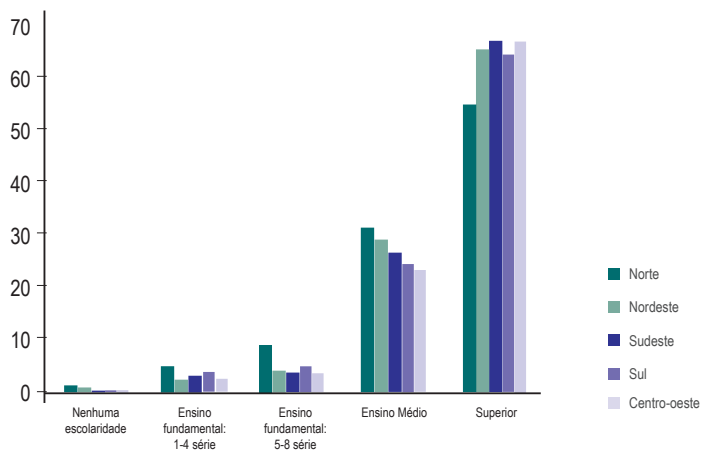


Gráfico 21. ENADE: grau de escolaridade da mãe



Hábitos e características dos estudantes que devem ser considerados para o processo de aprendizagem

O comportamento dos estudantes na utilização dos meios de comunicação apresenta padrões semelhantes nas diversas regiões (Gráfico 22). Os estudantes, como modo de manter-se atualizados, utilizam predominantemente a mídia televisiva seguida da Internet. Porém, observa-se uma tendência de crescimento desse meio, passando de 9,7% em 2002 para 20,2% em 2004, conforme dados do Exame Nacional de Cursos e do ENADE.

Entretanto, ao analisar os itens “acesso à Internet” (Gráfico 23) e “possui computador” (Gráfico 24), verifica-se a quase totalidade de respostas afirmativas. Isso reforça a importância da utilização das tecnologias de informação e comunicação nos processos de ensino e de aprendizagem, tanto para o ensino presencial quanto a distância.

Gráfico 22. ENADE: meio de atualização

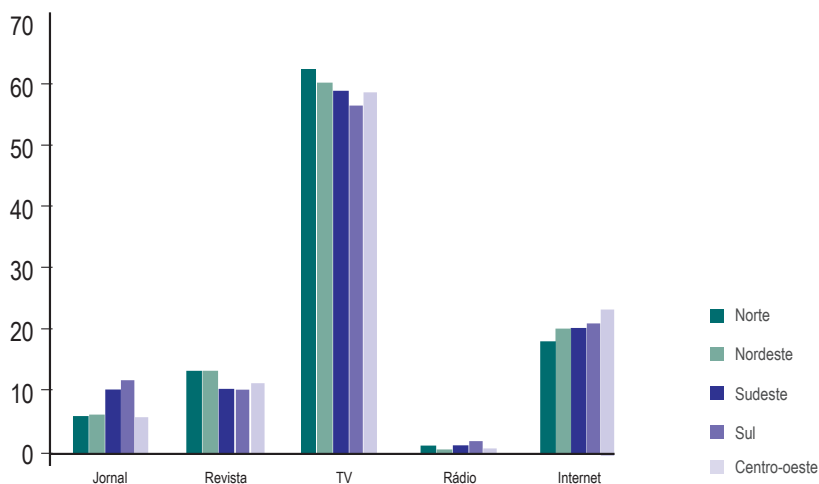


Gráfico 23. ENADE: acesso à Internet

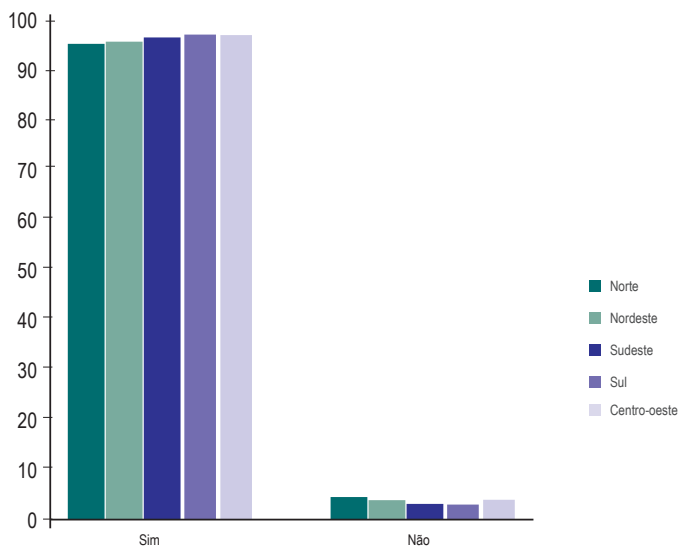
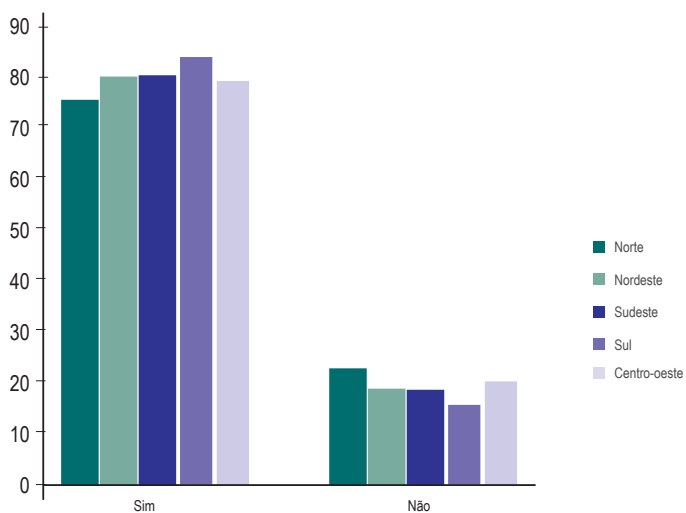


Gráfico 24. ENADE: computador em casa



O conhecimento de línguas estrangeiras pelo estudante é um fator que pode contribuir no processo geral de atualização e também na obtenção de informações científicas encontradas em revistas estrangeiras. Esse potencial pode ser aferido nos Gráficos 25 e 26. A maioria dos estudantes pode ler e escrever em inglês, provavelmente por ser a língua preponderante na Internet e na literatura médica científica. Porém, quanto à língua espanhola, declararam menor conhecimento, mesmo com a inserção do Brasil no Mercosul.

Gráfico 25. ENADE: conhecimento da língua inglesa

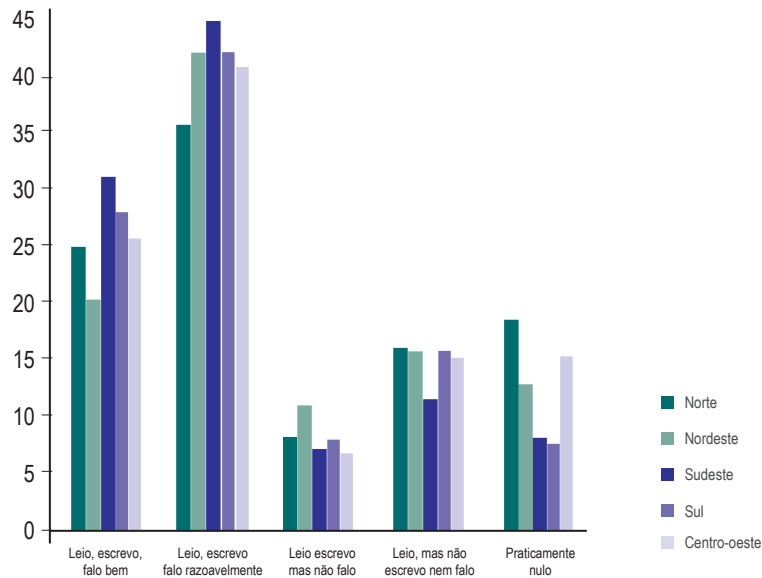
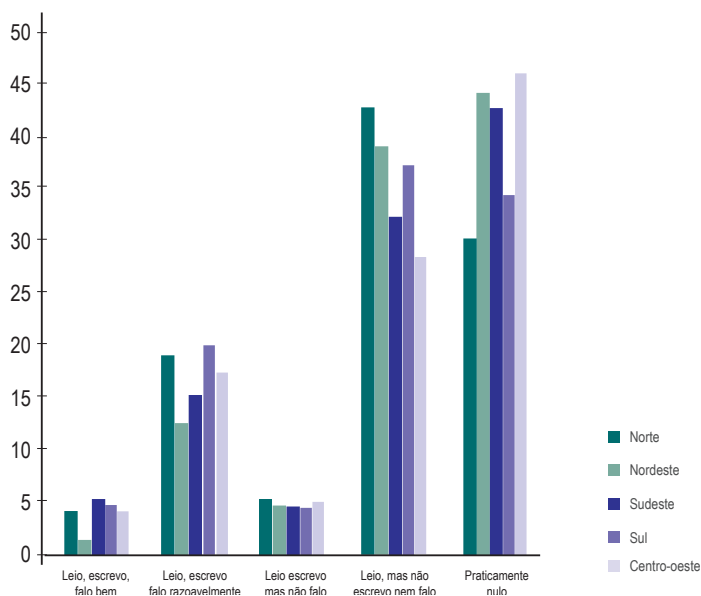


Gráfico 26. ENADE: conhecimento da língua espanhola



Uma característica preocupante, revelada pelos dados, diz respeito à baixa participação dos estudantes em atividades complementares (iniciação científica, projeto de pesquisa, monitoria e extensão) como ilustrado no Gráfico 27. Esses dados, confrontados com as outras atividades acadêmicas exercidas pelos estudantes, sugerem que muitos se dedicam apenas às atividades regulares de ensino. De fato, 50,3% dos estudantes da Região Nordeste declaram não ter nenhuma outra atividade acadêmica. De modo geral, a atividade preferida pelos estudantes diz respeito à “extensão”. Na Região Centro-Oeste está localizado o maior percentual de atividades de monitoria (21,45%).

Outro fato relevante observado é que, quase a metade dos estudantes dedica, no mínimo, oito horas de estudo por semana (Gráfico 28), fato muito mais evidente na Região Nordeste. A biblioteca representa espaço privilegiado para esses estudos, como observado no Gráfico 29, o que reforça a necessidade de uma política de investimento na sua infra-estrutura e nos seus recursos humanos.

Gráfico 27. ENADE: horas de estudo (exceto as aulas)

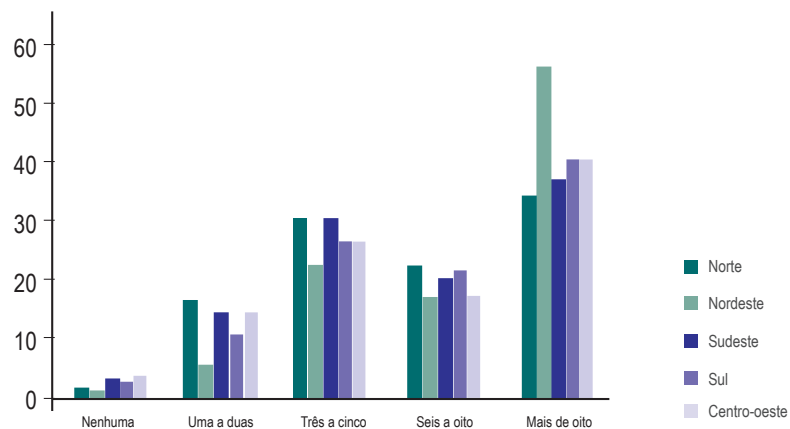


Gráfico 28. ENADE: freqüência de utilização da biblioteca institucional

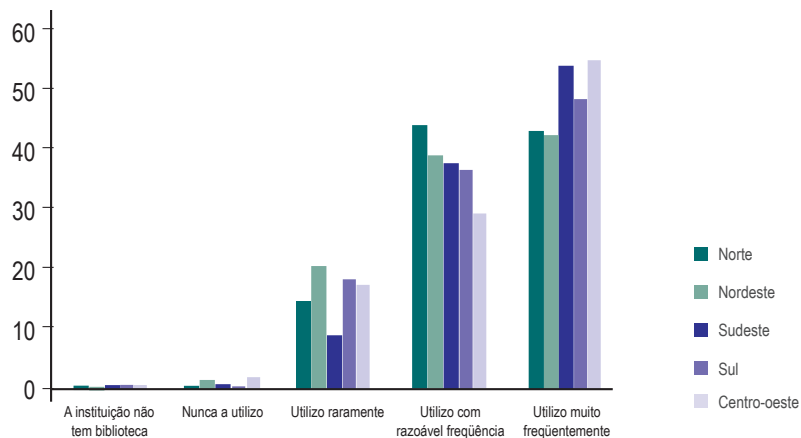
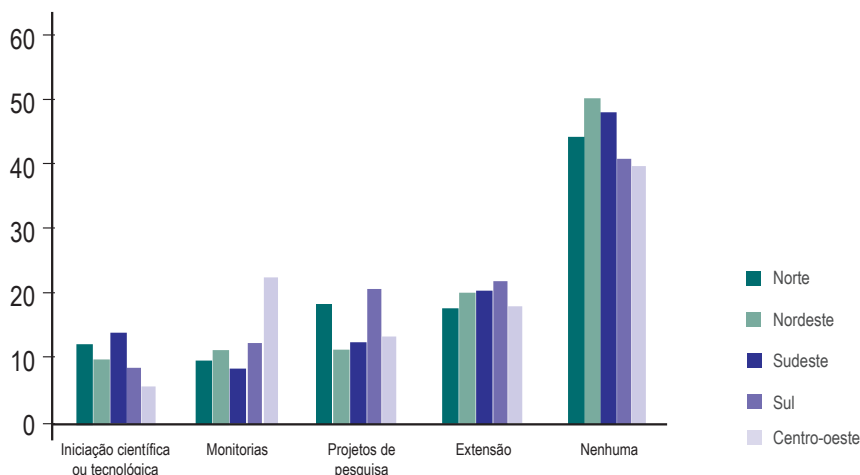


Gráfico 29. ENADE: atividade acadêmica predominante



Tendências, perspectivas e desafios

A primeira tendência deste estudo aponta para a forte presença da mulher no curso médico nos últimos anos – **Feminização da medicina**, tendência presente na educação brasileira e na de outros países ocidentais.

A segunda tendência evidencia que a oferta crescente de vagas, associada à queda do número de candidatas no setor privado, ao novo perfil dos alunos egressos do Ensino Médio e aos altos valores cobrados nas mensalidades trarão como consequência um processo seletivo cada vez mais elitizado e norteado por fatores econômicos – **Elitização das instituições privadas**. O PROUNI irá, sem dúvida, possibilitar aos alunos com carências socioeconômicas acesso a essas instituições, democratizando essas vagas e compensando, até certo ponto, esse fenômeno.

A **democratização das instituições públicas** é a terceira tendência observada. A política de cotas a ser implantada certamente trará uma mudança



radical do perfil do aluno do curso de medicina das instituições públicas, já que, em sua maioria, hoje eles são oriundos de escolas privadas.

Outro fato relevante que se apresenta como uma quarta tendência, decorrente do alto nível socioeconômico desses alunos, é o acesso da maioria à Internet e a outros meios de comunicação, associados ao domínio da língua inglesa, facilitando, a esses estudantes, o uso de tecnologia de comunicação e informação, tanto no ensino presencial como a distância – isso também representa um desafio.

Portanto, estas novas políticas de cotas para as escolas públicas e o PROUNI nas escolas privadas trazem uma nova perspectiva, o que acarretará uma mudança do perfil dos alunos de medicina, que deverão ser acompanhados prospectivamente.

Como parte dos desafios a serem enfrentados, ressalta-se como principal estratégia a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação. Os Ministérios da Educação e Saúde lançaram, recentemente, o PROSAÚDE como forma efetiva de incentivar sua implantação. As avaliações periódicas estabelecidas pelo SINAES retroalimentará sua implantação. Isso, sem dúvida, fará com que as atividades complementares que têm sido pouco desenvolvidas nos cursos sejam aplicadas como parte integrante do Currículo, além de levar a efetiva articulação com o SUS.

Por último, este estudo permitiu-nos constatar que os questionários do ENADE constituem um importante instrumento de coleta de dados. Por sua periodicidade, por trabalhar com o aluno ingressante e concluinte. Isso nos permite sugerir alguns aperfeiçoamentos a partir das necessidades identificadas, como, por exemplo, saber o local de origem de estudo do Ensino Médio dos estudantes, o que permitiria uma análise da mobilidade desse estudante que parte para prestar processo seletivo em diversas cidades, o que poderia subsidiar uma modificação do PROUNI, política social exitosa implantada neste governo, de enorme impacto no acesso à Educação Superior. A regionalização do PROUNI possibilitará ao aluno carente estar próximo à sua moradia, facilitando a sua fixação em sua região de origem como uma forma de se fazer justiça social e fortalecer o desenvolvimento local. Outros elementos importantes que devem estar presentes no questionário são: Idade, discriminação das bolsas de iniciação científica, monitoria... Importante como prática acadêmica. Portanto fortalecer e aprimorar o ENADE, como um grande instrumento, pela riqueza de dados, para estudos educacionais, será fundamental e estratégico.

Nesse sentido e por tudo observado, faz-se mister dar continuidade e aprofundar estudos nessa área, que venham a subsidiar um planejamento estratégico para a formação de recursos humanos para a saúde, numa perspectiva de médio e longo prazo, visando tanto sua formação inicial como continuada.

Referência bibliográfica

AGUERRONDO, I. **Impacto de la investigación educativa en los procesos de innovación**. Educação Brasileira, Brasília, v.14, n°. 28, p. 83-91, janeiro/julho, 1992.

AMARAL, J. L. do. CINAEM: **avaliação e transformação das escolas médicas**: uma experiência, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

AMARAL, A. Revisão do plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. **Documento de Trabalho**. Grupo de Missão para a Saúde. Matosinhos, Portugal, 2005.

BRAGA, R. O ensino superior brasileiro na década de noventa. **Educação Brasileira**, Brasília, v. 11, n°. 23, p. 23-40, 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. **Documentos do ensino médico**. 3.^a ed. Brasília: SESU/MEC, 1989, 204 p.

BRASIL. Lei n°. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de dezembro de 1961, Seção 1, p. 11-429.

_____. Lei n°. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de novembro de 1961. Seção 1, p. 10.369.

_____. Lei n°. 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990. Seção 1, p. 18.055.

_____. Lei n°. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n° 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de novembro de 1995. Seção 1, p. 19.257.

- _____. Lei n°. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 1996. Seção 1, p. 27.833.
- _____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Parecer CFE n°. 506, de 11 de julho de 1969. Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação de Medicina. **Documenta**, Brasília, n°. 103, p. 95-104, julho, 1969.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n°. 776, de 3 de dezembro de 1997. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. **Documenta**, Brasília, n°. 435, p. 481- 484, dezembro, 1997.
- _____. Parecer CNE/CES n°. 1.133, de 7 de agosto de 2001. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Documenta**, Brasília, n°. 479, p. 456-502, agosto, 2001.
- _____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n°. 8, de 8 de outubro de 1969. Fixa os mínimos de conteúdo do curso de Medicina. **Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação**. 4ª ed., Brasília, 1981.
- _____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n°. 9, de 24 de maio de 1983. Regulamenta o internato dos cursos de medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 de maio de 1983. Seção 1, p. 9.152.
- _____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n°. 5, de 16 de março de 1984. Altera a redação do artigo 3º da Resolução 9/83. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 de março de 1984. Seção 1, p. 4.024.
- _____. Ministério da Educação e da Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução n°. 1, de 4 de maio de 1989. Altera a Resolução 9, de 24 de maio de 1983, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de maio de 1989. Seção 1, p. 7.090.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n°. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

- BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil:** relatório de um cenário sombrio. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2ª ed. Brasília, março, 2005.
- CAVALCANTI, P.B. Reflexões acerca do tratamento dado aos recursos humanos em saúde no Brasil. **Revista do IESP**, João Pessoa, ano 2, nº 1, p. 51-64, abril, 2001.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 de outubro de 1988. Seção 1, p.1.
- DEMO, P. **Crise dos paradigmas da educação superior.** Educação Brasileira, Brasília, v. 16, nº. 32, p. 15-48, 1994.
- GARCÍA, J. C. **La Educación médica em la América Latina.** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Washington, 1972.
- JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**, Prentice Hall International Editions, New Jersey, 1988.
- LEAL, V. **História da medicina no Ceará.** Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, Fortaleza: 1978.
- LEMOS, J. M. C. ; CALDAS JUNIOR, A. L. ; BORGES, C. A. S. **Política e formação médica:** O papel dos hospitais universitários e da rede pública de ensino da graduação, da pós-graduação e na educação continuada. In: XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, São Luís, p. 71-92, 1993.
- LEITE, R. H. **Ética e política de saúde:** desafios éticos para educação superior no Brasil. In: XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, São Luís, p. 59-64, 1993.
- MAGDALENA, B. C.; ROSSATO, R. **A desqualificação docente:** uma face da crise do ensino superior no Rio Grande do Sul. Educação Brasileira. Brasília, v. 14, nº 28, p. 49-63, janeiro/julho. 1992.
- MALAFAIA, O. **Reavaliação dos objetivos do mestrado na área médica.** [S. l.], 6 folhas mimeografadas, 1993.
- MARANHÃO, É. A. Formação de recursos humanos para a saúde. **Separata da Revista Symposium**, Recife, v. 23, nº 2, p. 71-79, 1981.

- MARANHÃO, É. A.; SILVA, F. M. **Formação médica:** Novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife, IMIP, 2001. Cap. 8, p. 153-168
- MARANHÃO, É. A. **Análises das correlações entre a titulação e a produção acadêmico-científica de professores de medicina em duas universidades brasileiras:** uma reflexão para uma proposta de formação docente para o ensino médico. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) Pneumologia – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- SIEGEL S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento.** Editora Mc Graw-Hill do Brasil, São Paulo, 1975.
- SIQUEIRA, B. P. **Ética e ciência:** cooperação internacional em educação médica, desafios e possibilidades. In: XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, São Luís, p. 137-138, 1993.
- SOUZA, V. C. T. Aspectos atuais do ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Colo-Proctologia**, v. 7, n° 3, p. 121-122, 1987.
- ZAGO, M. A.; CARVALHEIRO, J. R.; LUZ, P. L.; MARI, M. J.; SILVA, L. J. **Ciência no Brasil:** medicina. Texto preparado para Academia Brasileira de Ciências, São Paulo, 2001.
- ZANCAN, G. T. C&T: formação de recursos humanos. **Jornal da Ciência**, n° 432, p. 6-7, março, 2000.

Benedito Dias de Oliveira Filho

Doutor em Fisiopatologia da Reprodução, docente da Universidade Federal de Goiás.

Eliel Judson Duarte Pinheiro

Mestre em Zootecnia, coordenador do curso de Medicina Veterinária da União Metropolitana de Educação e Cultura – UNIME.

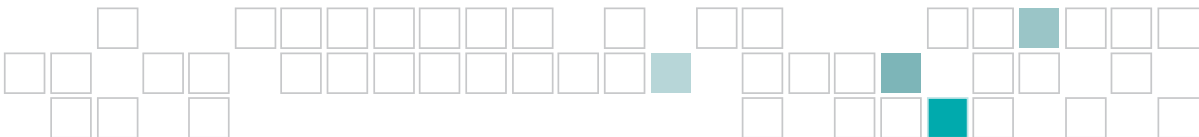
João Carlos Pereira da Silva

Doutor em Patologia, docente da Universidade Federal de Viçosa.

Olímpio Crisóstomo Ribeiro

Doutor em Patologia, docente da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP.

VETERINÁRIA MEDICINA VETERINÁRIA



Síntese histórica da Medicina Veterinária

O exercício da ars veterinaria se confunde com os primórdios da civilização humana e sua antiguidade pode ser referenciada a partir do próprio processo de domesticação dos animais. O Papiro de Kahoun, encontrado no Egito em 1890, descreve fatos relacionados à arte de curar animais ocorridos há 4000 anos a.C., indicando procedimentos de diagnóstico, prognóstico, sintomas e tratamento de doenças de diversas espécies animais. A memória histórica também permite inferir que a medicina animal era praticada 2000 anos a.C. em certas regiões da Ásia e da África, do Egito à Índia Oriental.

Especiais menções merecem os códigos de Eshn Unna (1900 a.C.) e de Hammurábi (1700 a.C.), originários da Babilônia, capital da antiga Mesopotâmia, onde estão registradas referências à remuneração e às responsabilidades atribuídas aos “Médicos dos Animais”.

Na Europa, os primeiros registros sobre a prática da medicina animal originam-se da Grécia, no século VI a.C., onde em algumas cidades eram reservados cargos públicos para os que praticavam a cura dos animais e que eram chamados de hipiatras.

Na era cristã, em meados do século VI, em Bizâncio (atualmente Istambul), foi identificado um verdadeiro tratado enciclopédico chamado Hippiatrika, que tratava da criação dos animais e suas doenças, contendo 420 artigos, dos quais 121 escritos por Apsirtos, considerado no mundo ocidental o pai da Medicina Veterinária. Ele exerceu a sua arte de curar animais em Peruzza e Nicomédia, cidades da Ásia Menor, criando uma verdadeira escola de hipiatras. Entre os assuntos descritos por Apsirtos, merecem referência o mormo, enfisema pulmonar, tétano, cólicas, fraturas, a sangria com suas indicações e modalidades, as beberagens, os unguentos. Sua obra revela, enfim, domínio sobre o conhecimento prevaletente na prática hipiátrica da época.

A Medicina Veterinária moderna, organizada a partir de critérios científicos, começou a desenvolver-se com o surgimento da primeira escola de Medicina Veterinária do mundo, em Lyon, França, criada pelo hipologista e advogado francês Claude Bougerlat, em agosto de 1761, começando a funcionar com oito alunos, em fevereiro de 1762.

Em 1766, também na França, foi criada a segunda Escola de Veterinária do mundo, a Escola de Alfort, em Paris. A partir daí, com a compreensão crescente da relevância social, econômica e política da nova profissão, outras escolas foram

criadas em diversos países, a exemplo da Áustria, em Viena, (1768), Itália, em Turim, (1769), Dinamarca, em Copenhague, (1773), Suécia, em Skara, (1775), Alemanha, em Hannover, (1778), Hungria, em Budapeste, (1781), Inglaterra, em Londres, (1791), Espanha, em Madri, (1792), alcançando 19 escolas no final do século XVIII, das quais 17 em funcionamento.

No Brasil, a chegada da Família Real ao Brasil em 1808 promoveu um forte impulso à cultura literária e científica. Em 1812, D. João VI edita a Carta Régia, na qual recomenda a criação de um curso teórico-prático de Agricultura, sendo esta a primeira tentativa governamental para a introdução do ensino agrícola no País. Em 1818, ele baixa outro ato criando as “aulas de alveitaria” (que ensinaria cuidados e doenças de cavalos) para o 1o Regimento de Cavalaria do Exército. Com essas “aulas de alveitaria” a Medicina Veterinária encontra sua origem oficial no Brasil, além de estabelecer uma forte vinculação com o exército.

Em 1875, ao viajar para França, o então Imperador D. Pedro II visitou a Escola Veterinária de Alfort, quando se impressionou com uma conferência ministrada pelo veterinário e fisiologista Collin. Ao regressar, tentou propiciar condições para a criação de entidade semelhante no Brasil.

Entretanto, somente no início do século passado, já sob regime republicano, nossas autoridades decretaram a criação das primeiras instituições de ensino de Veterinária no Brasil. A Escola de Veterinária do Exército, pelo Decreto no 2.232, de 06 de janeiro de 1910, aberta aos candidatos em julho de 1914, forma a primeira turma em dezembro de 1917 e encerra suas atividades em 1937, para se transformar em uma Escola de Aplicação do Serviço de Veterinária do Exército para treinamento de oficiais veterinários. Seu primeiro diretor foi o médico militar João Moniz Barreto de Aragão, atual Patrono da Veterinária Militar Brasileira.

Também em 1910 foi criada a Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária, através do Decreto no 8.919, de 20 de outubro de 1910, começando o seu efetivo funcionamento em julho de 1913, formando a primeira turma também em 1917. Em 1948, essa instituição integrou-se à atual Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Em 1911, em Olinda-PE, a Congregação Beneditina Brasileira do Mosteiro de São Bento, através do Abade D. Pedro Roeser, sugere a criação de uma instituição destinada ao ensino das ciências agrárias - Agronomia e Veterinária. As escolas teriam como padrão de ensino as clássicas escolas agrícolas da Alemanha, as “Landwirschaf Hochschule”. No dia 1o de julho de 1914, inaugurava-se festivamente a Escola Superior de Agronomia e Veterinária do Mosteiro de São Bento. Todavia, em dezembro de 1913, um farmacêutico formado pela Faculdade de Medicina e



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Farmácia da Bahia solicitava matrícula no curso de Veterinária, na condição de “portador de outro diploma de curso superior”. A Congregação, acatando a solicitação do postulante, além de aceitar dispensa das matérias já cursadas indica um professor para lhe transmitir os conhecimentos necessários para a obtenção do diploma antes dos (quatro) anos regimentares. Assim, no dia 13 de novembro de 1915, durante a 24a sessão da Congregação, recebia o grau de Médico Veterinário o senhor Dionysio Meilli, primeiro Médico Veterinário formado e diplomado no Brasil. Essa instituição funcionou até 1926, sendo fechada por carência de recursos financeiros.

A primeira mulher diplomada em Medicina Veterinária no Brasil foi a Dra. Nair Eugenia Lobo, na turma de 1929, pela Escola Superior de Agricultura e Veterinária, hoje Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Em 1918 foi criada a fundação da Escola de Agronomia e Medicina Veterinária de Belo Horizonte – MG. Até a data de seu fechamento, em 1943, essa escola formou 246 agrônomos e 173 veterinários. Ainda em Minas Gerais, no ano de 1917, começou a funcionar a Faculdade de Medicina Veterinária de Pouso Alegre, que formou a sua última turma em 1937 e, em 1924, a Faculdade de Veterinária de Juiz de Fora, cujo fechamento foi decretado em 1941. Em 1920, o governo de Minas Gerais cria, em Viçosa, a Escola Superior de Agricultura e Veterinária, com o curso de Veterinária iniciando as suas atividades somente em 1932, sendo transferido em 1942 para Belo Horizonte. O governo do Estado de São Paulo estabeleceu, em 1919, sua Escola de Medicina Veterinária, que foi incorporada à Universidade de São Paulo em 1935. Em 1923, o Estado do Rio Grande do Sul criou o seu primeiro curso, fato verificado no Paraná em 1931, em Niterói - RJ em 1936, em Pernambuco em 1950 e na Bahia em 1951.

No período de 1910 a 1929 funcionaram no Brasil 10 cursos de Medicina Veterinária, os quais diplomaram 394 profissionais. Até o final da década de 50 foram criadas pouquíssimas Escolas de Medicina Veterinária. Nas décadas de 60, 70 e 80 entraram em funcionamento oito novos cursos por década, enquanto que a partir da década de 90, com a política governamental de expansão do Ensino Superior no País, verificou-se uma forte proliferação no número de instituições e cursos, especialmente de vinculação privada.

Dessa forma, no final do ano de 2004 verifica-se a existência de 119 cursos de Medicina Veterinária em funcionamento no País, oferecendo 12.284 vagas e com forte concentração nas Regiões Sul (21%) e Sudeste (52,10%).



Expansão do ensino de Medicina Veterinária

A discussão que se segue está limitada aos dados disponibilizados pelo Inep/MEC oriundos do Censo da Educação Superior, no período de 1991 a 2004. Nesse período, houve um crescimento significativo do número de cursos de Medicina Veterinária no Brasil. Em 1991, existiam 33 cursos, sendo 24 com vinculação pública e apenas nove pertencentes à iniciativa privada. Já em 2004, o número de cursos era de 119, dos quais 79 (66,4%) integrando a rede privada e 40 (33,6%) ligados às instituições públicas.

A expansão acelerada do número de cursos privados ocorreu principalmente no quinquênio 1994 -1998 (de 10 para 44) com acréscimo de 34 novos cursos, o que equivale a um incremento de 440%. No mesmo período, no âmbito das instituições públicas, foram criados cinco novos cursos, aumento de 28 para 33, o que significa uma elevação de 17,8%.

No que se refere à categoria administrativa, verifica-se que dos 33 cursos existentes em 1991, 29 (87,9%) estavam vinculados a universidades, sobretudo às públicas (69,7%). Esse padrão de distribuição dos cursos se modificou com o decorrer do período e, em 2004, dos 119 cursos em funcionamento 82 (68,9%) vinculavam-se a universidades. Nessa ocasião, os cursos oferecidos pelas universidades privadas se tornaram os mais numerosos (37,8%), seguidos das federais (20,2%) e das universidades estaduais (10,9%). Os centros universitários, todos de natureza privada, que se constituíram na segunda metade dos anos 90, possuíam, no ano de 2004, 14 cursos de Medicina Veterinária, correspondendo a 11,8% do total (Tabela 1).

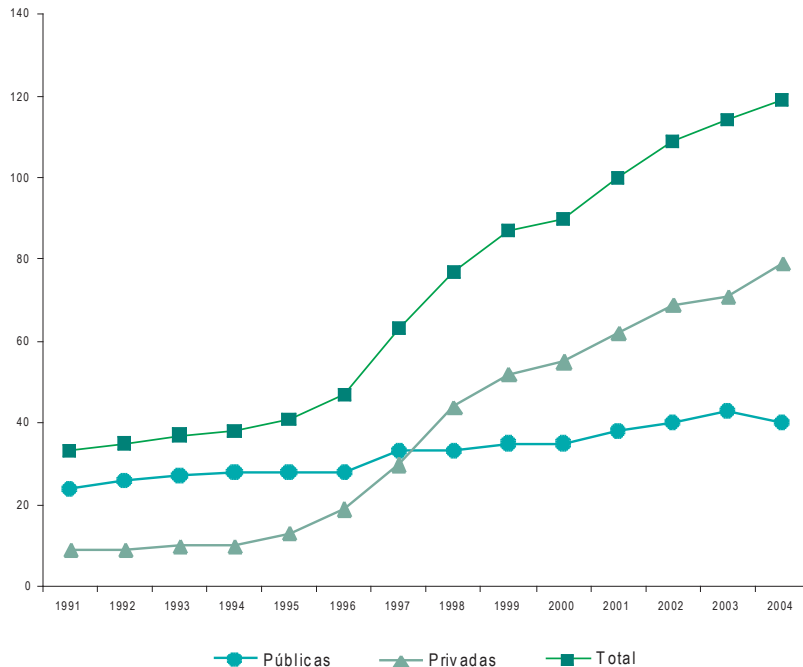
Ainda na Tabela 1 pode ser observado que na condição de faculdades integradas, faculdades/escolas/institutos, que em 1991 contavam apenas com quatro cursos (três instituições privadas e uma instituição federal), houve substancial incremento numérico, passando a contar, no final de 2004, com 23 cursos, correspondendo a 19,3% do total existente no País. Os cursos de Medicina Veterinária com esse tipo de vinculação pertencem majoritariamente ao setor privado (20 cursos), com apenas três vinculados ao setor público (um federal, um estadual e um municipal).

Tabela 1. Evolução do número de cursos de Medicina Veterinária, segundo a categoria administrativa, no período 1991 – 2004

| Ano | Total | Universidades | | Centro Univ. | | Fac. Integradas | | Fac/Escolas/Inst. | |
|------|-------|---------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|-------------|-------------------|-------------|
| | | Pública (%) | Privada (%) | Pública | Privada (%) | Pública (%) | Privada (%) | Pública (%) | Privada (%) |
| 1991 | 33 | 23(69,7) | 6(18,2) | - | - | - | - | 1(3,0) | 3(9,1) |
| 1992 | 35 | 25(71,4) | 6(17,1) | - | - | - | - | 1(2,8) | 3(8,6) |
| 1993 | 37 | 25(67,6) | 7(19,0) | - | - | - | - | 2(5,4) | 3(8,1) |
| 1994 | 38 | 27(71,0) | 7(18,4) | - | - | - | 1(2,6) | 1(2,6) | 2(5,3) |
| 1995 | 41 | 27(65,9) | 9(21,9) | - | - | - | 1(2,4) | 1(2,4) | 3(7,3) |
| 1996 | 47 | 26(55,3) | 12(25,5) | - | - | - | 4(8,5) | 2(4,2) | 3(6,4) |
| 1997 | 63 | 31(49,2) | 25(39,7) | - | 2(3,2) | - | 1(1,6) | 2(3,2) | 2(3,2) |
| 1998 | 77 | 31(40,2) | 28(36,4) | - | 5(6,5) | - | 5(6,5) | 2(2,6) | 6(7,8) |
| 1999 | 87 | 32(36,8) | 33(38,0) | - | 8(9,2) | - | 3(3,4) | 3(3,4) | 8(9,2) |
| 2000 | 90 | 32(35,6) | 33(36,7) | - | 8(8,9) | - | 6(6,7) | 3(3,3) | 8(8,9) |
| 2001 | 100 | 35(35,0) | 35(35,0) | - | 11(11,0) | - | 6(6,0) | 3(3,0) | 10(10,0) |
| 2002 | 109 | 38(34,9) | 38(34,9) | - | 12(11,0) | - | 6(5,5) | 2(1,8) | 13(12,0) |
| 2003 | 114 | 40(35,1) | 40(35,1) | - | 14(12,3) | 1(0,9) | 5(4,4) | 2(1,7) | 12(10,5) |
| 2004 | 119 | 37(31,1) | 45(37,9) | - | 14(11,8) | 1(0,8) | 5(4,2) | 2(1,7) | 15(12,6) |

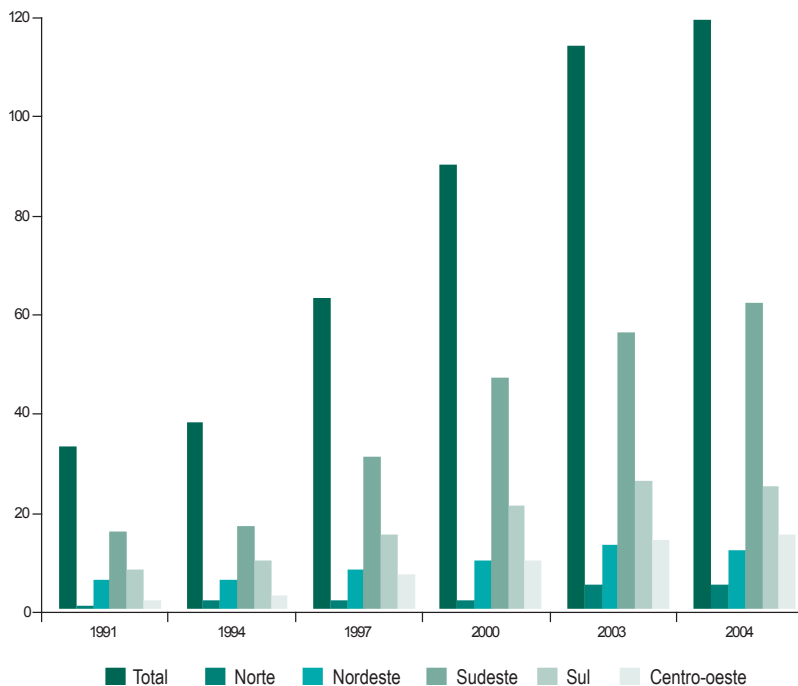
Em 1991, 72,7% dos cursos existentes se encontravam nas instituições públicas e 27,3% nas de vinculação privada. Com o progressivo aumento do número de cursos nas IES privadas, chegou-se em 2004 a uma relação de 33,6% de cursos nas públicas e 66,4% nas instituições privadas. O Gráfico 1 mostra a evolução do número de cursos de acordo com a categoria administrativa, durante o período entre 1991 e 2004.

Gráfico 1. Evolução do número de cursos de acordo com a categoria administrativa, no período de 1991 – 2004



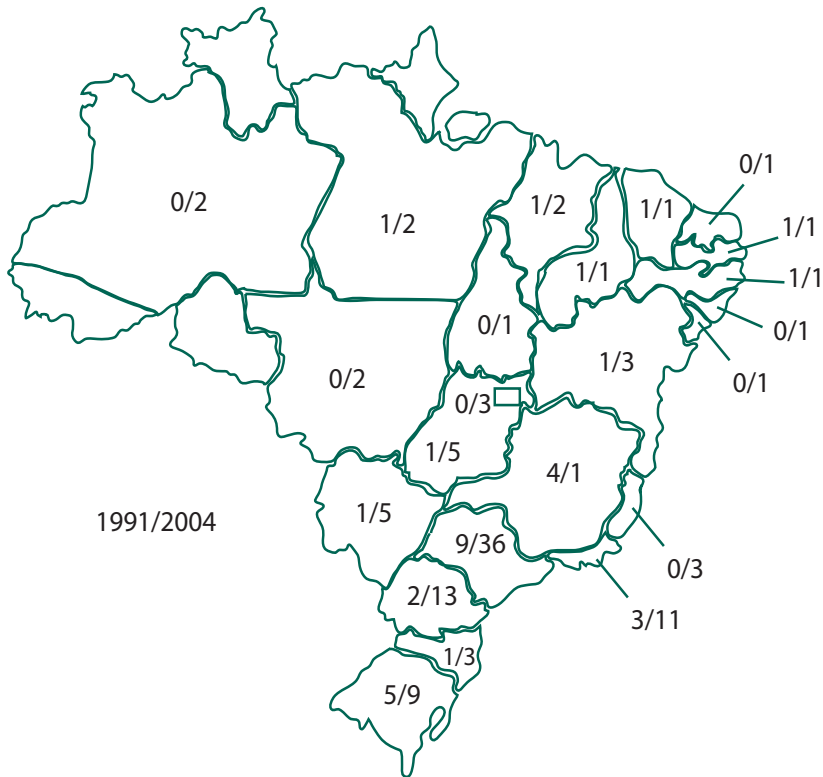
Na análise da distribuição espacial dos cursos, observa-se que a Região Centro-Oeste apresentou o maior crescimento relativo, passando de dois cursos, em 1991, para 15 em 2004, correspondendo ao elevado percentual de 650%. Por outro lado, a Região Sudeste é detentora do maior número de cursos, passando de 16, em 1991, para 62 em 2004, representando um aumento de 287,5%. Nesta região, só o Estado de São Paulo possuía 36 cursos em 2004, isto é, 58% do total de cursos do Sudeste e 30,2% dos cursos existentes do País (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 2. Evolução do número de cursos de Medicina Veterinária, segundo as regiões geográficas, de 1991 a 2004



A Gráfico 3 mostra a distribuição de cursos em todos os Estados do País, onde se verifica que, em 2004, as únicas unidades federadas que não possuíam cursos de Medicina Veterinária eram os Estados de Rondônia, Acre, Roraima e Amapá, todos eles situados na Região Norte, enquanto os Estados de São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro apresentaram mais de 10 cursos em funcionamento (36, 13, 12 e 11, respectivamente).

Gráfico 3. Distribuição de cursos de Medicina Veterinária por Estados – 1991/2004



Quando se compara o número de cursos com a população existente em 2004, encontra-se a relação nacional de um curso para aproximadamente 1,5 milhão de pessoas. A Tabela 3 mostra essa relação para todas as regiões do País. Na Região Nordeste encontra-se o maior número de habitantes (4,2 milhões) por curso, enquanto no Centro-Oeste verifica-se, proporcionalmente à população, o maior número de cursos, pois existem apenas 0,854 milhões de habitantes por curso.

Tabela 3. Relação entre o número de cursos de Medicina Veterinária e a população nas diferentes regiões do País

| Região | População | Nº de cursos | Relação n°Curso: habitantes |
|--------------|-------------|--------------|--------------------------------|
| Nacional | 182.060.108 | 119 | 1:1.529.917 |
| Norte | 14.434.109 | 05 | 1:2.886.821 |
| Nordeste | 50.534.403 | 12 | 1:4.211.200 |
| Centro-Oeste | 12.816.392 | 15 | 1:854.426 |
| Sudeste | 77.577.219 | 62 | 1:1.251.245 |
| Sul | 26.697.985 | 25 | 1:1.067.919 |

Registros do Conselho Federal de Medicina Veterinária indicam que, em 2004, eram 57.803 os médicos veterinários atuantes no Brasil, enquanto os dados do IBGE dão conta de que, naquela época, a população brasileira era de 182.060.108 habitantes. Ainda que diferenças regionais sejam levadas em consideração, o fato é que esses números resultam numa relação de um médico veterinário para cada 3.150 habitantes. É certo que a demanda social pelo profissional médico veterinário não está limitada ao referido indicador, já que dentre os aspectos a serem considerados estão a produção animal, a importância que vem sendo dada aos animais de companhia frente ao bem-estar da população, o crescente papel do agronegócio brasileiro nas relações comerciais internacionais, as responsabilidades que o Brasil passa a assumir quanto ao fornecimento de alimentos para o mundo e o papel do médico veterinário nos programas de saúde pública, além de outros.

No período de 1991 a 2004, o número de vagas evoluiu de 2.796 para 12.284 (Tabela 4), representando aumento da ordem de 339,3%, com a constatação de que não somente houve um aumento substancial do número de cursos, como também houve aumento na média do número de vagas por curso, principalmente nas instituições privadas.

Tabela 4. Evolução do número de vagas nas instituições públicas e privadas, 1991 – 2004

| Ano | Total geral | Públicas | | | Privadas |
|------|-------------|----------|----------|-----------|----------|
| | | Federal | Estadual | Municipal | |
| 1991 | 2796 | 1355 | 475 | - | 966 |
| 2004 | 12284 | 1782 | 888 | 100 | 9514 |

Esse aumento foi de 51,4% nas instituições públicas, variando de 1.830, em 1991, para 2.770 vagas em 2004. Da mesma forma, nas instituições privadas o número de vagas passou de 966, em 1991, para 9.514 em 2004, representando um aumento da ordem de 885%. Observa-se ainda que esse aumento foi mais acentuado nos períodos entre 1995 – 1999 e 2001 – 2002 (Gráficos 4 e 5).

A análise individualizada por regiões expressa que o Centro-Oeste foi a região com o maior aumento percentual de vagas (1.579,2%), seguida da Região Norte (610,0%), enquanto o menor percentual ficou com a Região Nordeste (108,3%). De modo semelhante, os dados revelam que Mato Grosso do Sul foi o Estado com maior aumento na oferta de vagas (1.587,5%), seguido por Goiás (913,5%). Ressalte-se, entretanto, que este aumento foi mais significativo a partir de 1998.

O percentual de vagas não preenchidas cresceu a ponto de aproximar-se dos 30% em 2004. Assim, na medida em que, ao longo desses 14 anos, crescera o número de vagas oferecidas, cresceu, também, o percentual de vagas não preenchidas. De fato, quase 30% das vagas oferecidas pelos 119 cursos de Medicina Veterinária, em 2004, (3.631 das 12.284) não foram preenchidas. A ociosidade já vinha ocorrendo, em percentuais crescentes, em anos anteriores, tanto que no período compreendido entre 1991 e 2004 o percentual acumulado chegara a 18,5% (17.431 vagas não preenchidas num total de 94.041 oferecidas). Em síntese, nota-se que apesar do aumento da oferta de vagas nos últimos cinco anos, evoluindo de 9.662, em 2001, para 12.284, em 2005, a matrícula de ingressantes ficou estabilizada na casa dos 8.000. No período de 1991 a 2004, o número de vagas oferecidas sofreu incremento de 339,34%, mostrando que algumas instituições aumentaram o seu número individual de vagas, pois o aumento no número de cursos foi da ordem de 260,6%. Todavia, o número de inscritos aumentou em 126,38%, fato que fica evidente na diminuição da relação número de inscritos por vagas oferecidas, que caiu no período estudado de 9,11 para 4,69.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Situação semelhante se observa na relação número de inscritos por vagas preenchidas, que diminui de 9,29 para 6,66, em nível nacional. O percentual de vagas preenchidas em relação às vagas ofertadas reduziu-se de 98,06%, em 1991, para 70,44% em 2004. A análise dessa informação nos permite inferir, entre outras indicações, que em 1991 havia uma demanda que, de certo modo, poderia estar reprimida, pois, com exceção da Região Nordeste, todas as vagas oferecidas foram efetivamente preenchidas. Esta assertiva é ainda mais contundente para a Região Sudeste, pois, em 1991, o número de ingressantes foi maior que o de vagas oferecidas (106,32%). Por outro lado, a realidade em 2004 mostra um número de vagas para ingresso nos cursos de Medicina Veterinária superior à real demanda, tendo em vista que, em nível nacional, apenas 70,44% das vagas ofertadas foram efetivamente preenchidas. Algumas regiões, como a Centro-Oeste e a Nordeste, preencheram menos que 70% das vagas oferecidas nos processos seletivos de suas instituições. Os dados referenciados estão ilustrados na Tabela 5.

Gráfico 4. Evolução do número de vagas nos cursos de Medicina Veterinária, segundo a categoria administrativa

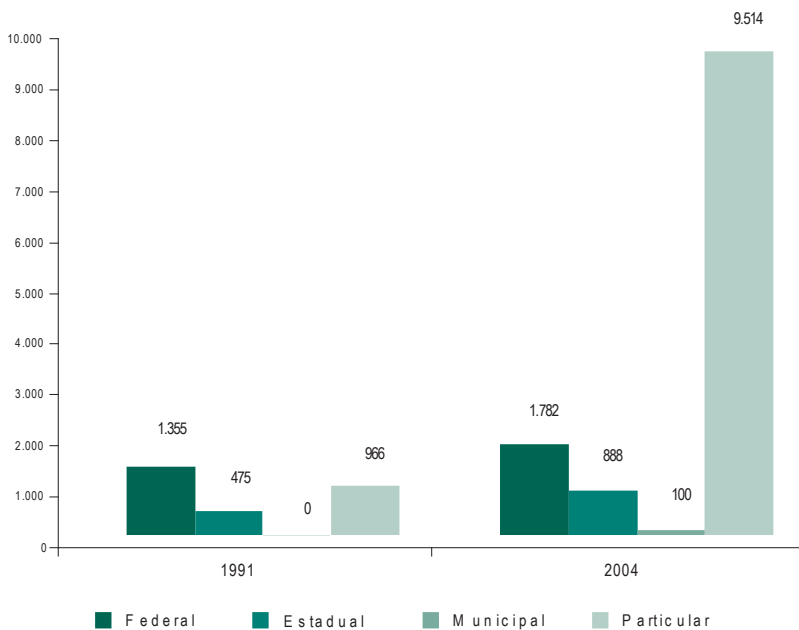


Gráfico 5. Evolução do número de vagas oferecidas, de acordo com a categoria administrativa

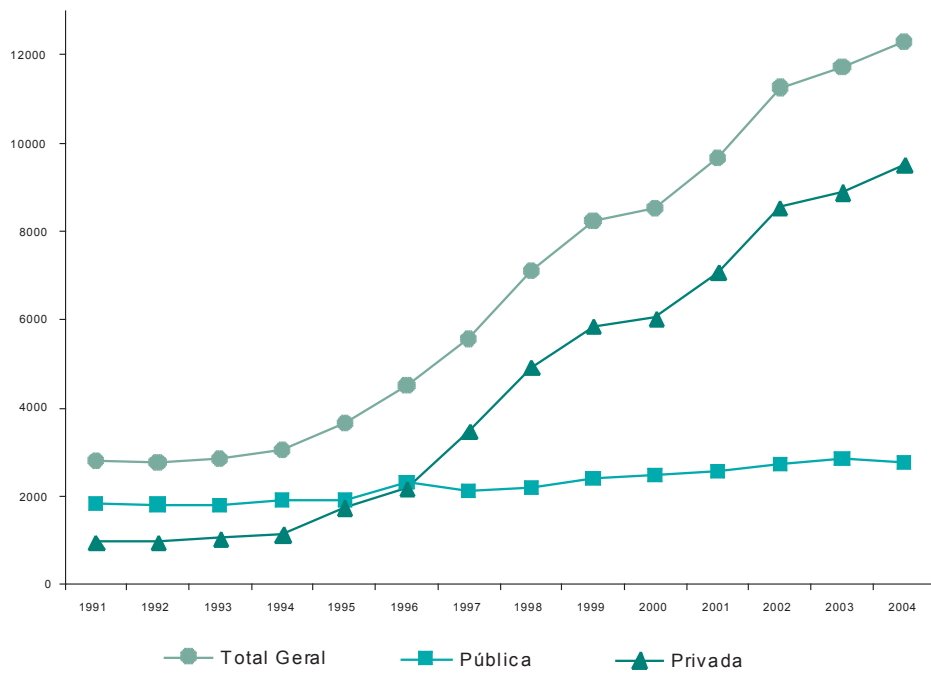


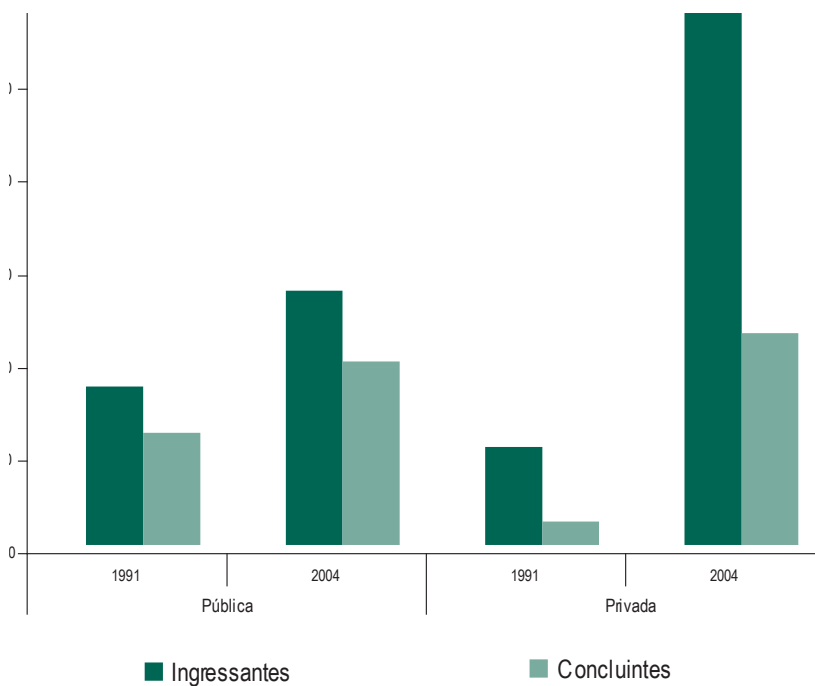
Tabela 5. Número de cursos, de inscritos, de vagas oferecidas e preenchidas, relação entre número de inscritos por vagas oferecidas e preenchidas e percentual de vagas preenchidas em relação às vagas oferecidas

| Região | Nº de cursos | | Nº de inscritos | | Vagas oferecidas | | Vagas preenchidas | | Relação Nº inscritos/Vagas oferecidas | | Relação Nº inscritos/Vagas preenchidas | | % de vagas preenchidas/vagas oferecidas | |
|----------|--------------|------|-----------------|-------|------------------|-------|-------------------|------|---------------------------------------|-------|--|-------|---|-------|
| | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 | 1991 | 2004 |
| Nacional | 33 | 119 | 25478 | 57679 | 2796 | 12284 | 2742 | 8653 | 9,11 | 4,69 | 9,29 | 6,66 | 98,06 | 70,44 |
| Norte | 01 | 05 | 336 | 3574 | 50 | 355 | 50 | 271 | 6,72 | 10,06 | 6,72 | 13,18 | 100 | 76,33 |
| Nordeste | 06 | 12 | 3909 | 6825 | 480 | 1000 | 347 | 924 | 8,14 | 6,82 | 11,26 | 7,38 | 72,29 | 92,40 |
| C. Oeste | 02 | 15 | 1351 | 7192 | 106 | 1780 | 106 | 1097 | 12,74 | 6,55 | 12,74 | 6,55 | 100 | 61,62 |
| Sudeste | 16 | 62 | 14556 | 27224 | 1501 | 6780 | 1596 | 4506 | 9,69 | 4,01 | 9,12 | 6,04 | 106,32 | 66,46 |
| Sul | 08 | 25 | 5296 | 12864 | 659 | 2369 | 643 | 1855 | 8,03 | 5,43 | 8,23 | 6,93 | 97,57 | 78,30 |

Considerada a duração de cinco anos dos cursos de Medicina Veterinária, a série somente possibilita a análise dos concluintes em relação aos ingressantes a partir de 1995. Dos 42.140 ingressantes do período compreendido entre 1991 e 2000, um total de 29.491 conseguiu concluir o curso no período compreendido entre 1995 e 2004. Assim, a taxa de aproveitamento, concluintes em relação a ingressantes, foi de 70% nesse período. Os percentuais mais altos, iguais ou superiores a 70%, ocorreram entre os anos de 1995 a 2000. A partir do ano de 2001 os percentuais estiveram entre 60% e 67,8%, indicando que se encontra em queda o percentual de concluintes em relação aos ingressantes. É interessante observar que a referida queda deve-se à redução da taxa de aproveitamento nas instituições privadas. De fato, percentuais abaixo de 80% nas instituições públicas só ocorreram nos anos de 2000 e 2004. Em 1994 o percentual foi de 94,4% e em 2002, 94,0%. Nos demais anos ele esteve entre 81% e 89,7%. Nas instituições privadas os maiores índices ocorreram em 1998 (70,5%) e em 1997 (70,1%). Em todos os demais anos esteve em taxas que variaram de 46% a 68,8%. A partir de 2001 não mais alcançou 60% (Tabela 6). Os percentuais de concluintes em relação aos ingressantes de cinco anos antes, tanto de instituições públicas quanto privadas, estão ilustrados no Gráfico 6 e referem-se aos anos de 1995 a 2004.

Tabela 6. Percentuais de concluintes do curso de Medicina Veterinária em relação aos ingressantes de cinco anos antes, nas instituições públicas e privadas, no período de 1995 a 2004

| Anos | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Brasil (%) | 74,7 | 82,3 | 79,9 | 78,8 | 74,8 | 70,0 | 60,0 | 67,8 | 65,8 | 64,9 |
| Públicas (%) | 82,6 | 89,7 | 85,7 | 84,2 | 94,4 | 75,5 | 81,0 | 94,0 | 86,2 | 78,8 |
| Privadas (%) | 62,0 | 68,8 | 70,1 | 70,5 | 55,3 | 64,0 | 46,0 | 53,3 | 54,4 | 56,3 |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

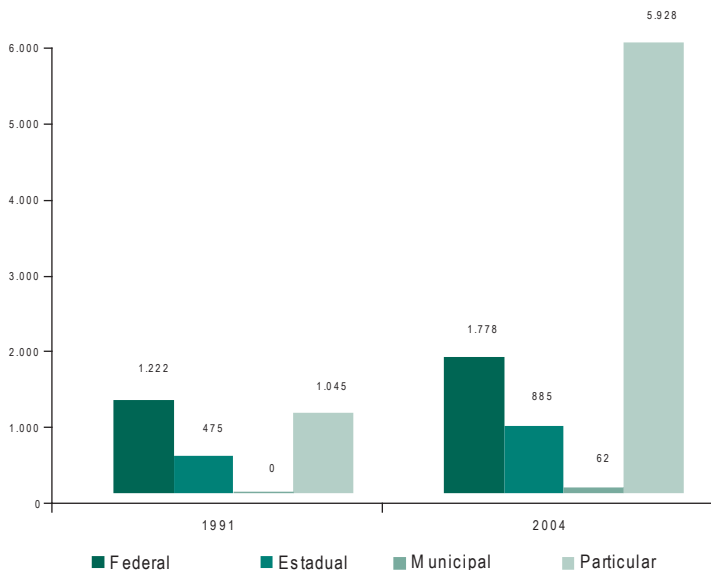
O número de matrículas nos cursos de Medicina Veterinária do Brasil evoluiu de 12.076, em 1991, para 34.657, em 2004. A evolução foi de 52,6% nas instituições públicas, cujo número de matrícula passou de 8.680 para 13.242, no período. Nas instituições privadas a evolução foi de 530,6%, passando de 3.396 para 21.415 (Tabela 7).

Tabela 7. Evolução do número de matrículas nos cursos de Medicina Veterinária, por instituições públicas e privadas, no período de 1991 a 2004

| Anos | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Brasil | 12076 | 12571 | 12954 | 13590 | 14836 | 16068 | 17982 | 20701 | 23029 | 25231 | 28194 | 30751 | 33424 | 34657 |
| Públicas | 8680 | 8939 | 9196 | 9331 | 9650 | 9776 | 10111 | 10654 | 11321 | 11665 | 11859 | 12339 | 13102 | 13242 |
| Privadas | 3396 | 3632 | 3758 | 4259 | 5186 | 6292 | 7871 | 10047 | 11708 | 13566 | 16335 | 18412 | 20322 | 21415 |

Por região, os aumentos percentuais foram de 287,5% na Região Norte (272 para 1.054), 83,4% na Região Nordeste (2.310 para 4.237), 201,0% na Região Sudeste (5.874 para 17.682), 163,6% na Região Sul (3.069 para 8.090) e 552,3% na Região Centro-Oeste (551 para 3.594).

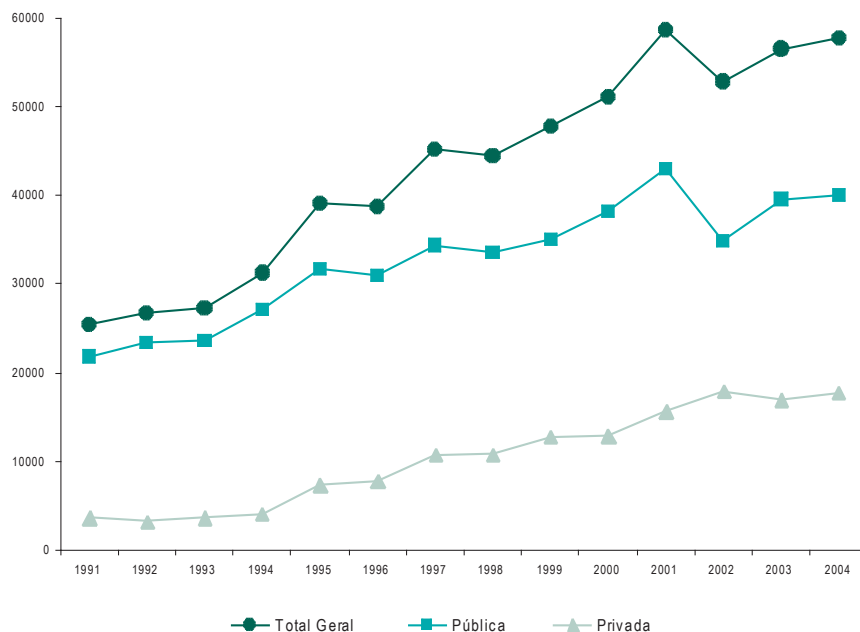
Gráfico 7. Evolução de ingressantes nos cursos de Medicina Veterinária, segundo a categoria administrativa



Em 1991 inscreveram-se 25.478 candidatos nos processos seletivos dos diversos cursos em funcionamento, enquanto em 2004 este número foi igual a 57.679, representando um aumento de 126,4%. Durante o período de 1991 a 2004 se inscreveram 602.419 candidatos nos processos seletivos dos 119 cursos, concorrendo a 94.041 vagas oferecidas no País. Quando se analisa a variação do número de inscritos por região, observa-se que os maiores aumentos percentuais aconteceram nas Regiões Norte (876,5%) e Centro-Oeste (432,3%), e os menores nas Regiões Nordeste (74,6%) e Sudeste (87%)

Analisando por categoria administrativa observa-se, naquele período, que nas instituições públicas o aumento de candidatos inscritos foi de 83,06% (21.825 para 39.954), conquanto nas privadas foi igual a 385,21% (3.653 para 17.725), provavelmente em consequência do maior aumento do número de cursos de instituições privadas (Gráfico 8).

Gráfico 8. Número de candidatos inscritos nos processos seletivos, de acordo com a categoria administrativa



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Fazendo-se a comparação entre o aumento do número de inscritos nos processos seletivos com a variação no número de vagas oferecidas entre 1991 e 2004, constata-se que, proporcionalmente, o aumento na oferta de vagas nas públicas (51,36%) foi inferior ao de inscritos (83,06%), conforme mostra a Tabela 8. Ao contrário, nas instituições privadas o percentual de aumento do número de vagas (884,88%) foi muito maior que o incremento verificado no número de inscritos (385,21%), o que permite concluir que aconteceu um exagerado aumento na oferta de vagas.

Tabela 8. Comparação entre o número de vagas oferecidas e o de inscritos nos processos seletivos dos diversos cursos, nas instituições públicas e privadas, no período de 1991 a 2004

| Ano | Vagas | | Inscritos | |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | I. Públicas | I. Privadas | I. Públicas | I. Privadas |
| 1991 | 1.830 | 966 | 21.825 | 3.653 |
| 2004 | 2.770 | 9.514 | 39.954 | 17.725 |
| % variação | 51,36 | 884,88 | 83,06 | 385,21 |

Fazendo-se, também, a comparação destes valores com aqueles referentes à variação do número de vagas, constata-se que o aumento dos inscritos foi proporcionalmente maior que a oferta de vagas em todas as regiões, possivelmente em consequência também de um excessivo aumento no número de cursos oferecidos pelas instituições privadas, com exceção da Região Norte, onde esse valor foi de 876,5% contra um aumento de vagas igual a 610%. A Região Centro-Oeste apresenta a maior discrepância, pois teve aumento de vagas de 1.579,2%, enquanto o número de inscritos naquela região cresceu em 432,3%, representando crescimento no número de vagas da ordem de 265,5% a mais que no número de inscritos. Os Estados de Mato Grosso do Sul (535,5%) e Goiás (300,48%) apresentaram aumento percentual de vagas exageradamente acima do incremento no número de inscritos. Por outro lado, o aumento do percentual de inscritos no Pará (688%) cresceu em proporção maior que o número de vagas (130%), representando um adicional de 492,23%.

A Tabela 9 mostra o número de inscritos nos processos seletivos e o número de vagas oferecidas pelas instituições, durante o período entre 1991 e 2004, bem como as respectivas variações percentuais. Mostra também a relação entre a variação no número de inscritos e no número de vagas verificadas naquele período. Da análise

dessa Tabela fica claro que a relação entre a variação do número de inscritos e a variação das vagas ofertadas foi sempre menor que um, tanto em nível nacional como para as regiões, com exceção da Região Norte. Essa relação foi menor nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, indicando que nessas regiões, proporcionalmente, houve maior aumento no número de vagas, sem a devida correspondência no aumento do número de inscritos, talvez em consequência da proliferação de cursos.

Tabela 9. Variação percentual e número de inscritos, de vagas oferecidas e relação entre eles, em nível nacional e por regiões, no período compreendido entre 1991 e 2004

| Regiões | Inscritos | | | Vagas | | | Relação entre variação de inscritos/variação de vagas |
|----------|-----------|--------|--------------|-------|--------|--------------|---|
| | 1991 | 2004 | Variação (%) | 1991 | 2004 | Variação (%) | |
| Nacional | 25.478 | 57.679 | 126,4 | 2.796 | 12.284 | 339,3 | 0,37 |
| Norte | 366 | 3.574 | 876,5 | 50 | 355 | 610,0 | 1,43 |
| Nordeste | 3.909 | 6.825 | 74,6 | 480 | 1.000 | 108,3 | 0,68 |
| C. Oeste | 1.351 | 7.192 | 432,3 | 106 | 1.780 | 1.579,2 | 0,27 |
| Sudeste | 14.556 | 27.224 | 87,0 | 1.501 | 6.780 | 351,7 | 0,24 |
| Sul | 5.296 | 12.864 | 142,9 | 659 | 2.369 | 259,5 | 0,55 |

O Gráfico 9 mostra o número de inscritos nos processos seletivos, bem como o número de vagas oferecidas pelas universidades públicas e privadas, em 1991 e 2004. Mostra também a relação entre esses dois números, a qual evidencia aumento nas universidades públicas (11,72 em 1991 para 13,87 em 2004), enquanto nas privadas verifica-se queda nessa relação (2,74 em 1991 para 1,27 em 2004), provavelmente em consequência do grande aumento na oferta de vagas pelas universidades privadas.

Já a Tabela 10 revela o número de inscritos nos processos seletivos, bem como o número de vagas oferecidas pelos centros universitários e faculdades integradas públicas e privadas, em 1991 e 2004. Mostra também a relação entre esses dois números, a qual evidencia queda nessa relação nas instituições privadas, tanto centros como faculdades integradas, mesmo havendo aumento no número de candidatos inscritos nos processos seletivos. Destaca-se que todos os centros

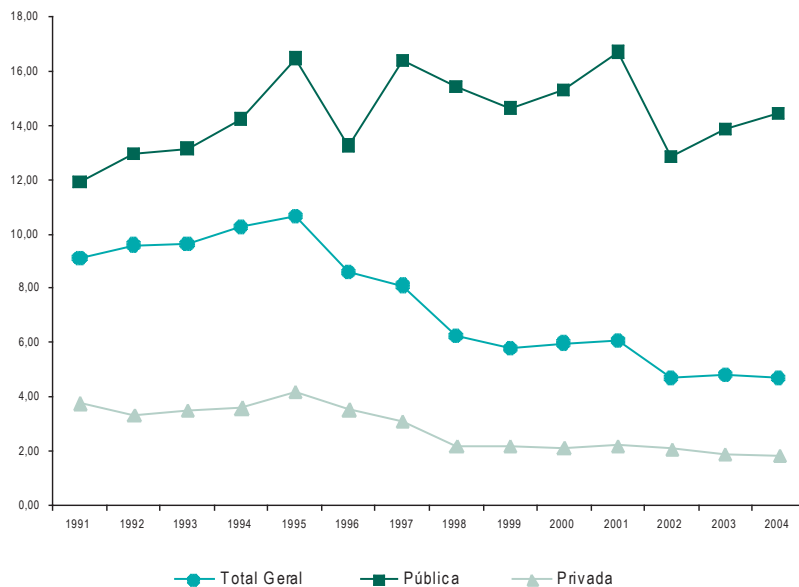
A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

universitários que oferecem cursos de Medicina Veterinária são de natureza privada. Nas faculdades integradas públicas verifica-se aumento na relação entre o número de inscritos e as vagas oferecidas (3,66 em 1991 para 15,21 em 2004).

Tabela 10. Número de inscritos e de vagas oferecidas, relação entre eles, nos processos seletivos dos centros universitários e faculdades integradas, públicas e privadas

| | Centros Universitários | | | | Faculdades Integradas | | | |
|-------------------------------|------------------------|------|---------|------|-----------------------|-------|---------|------|
| | Público | | Privado | | Público | | Privado | |
| | 1991 | 2004 | 1997 | 2004 | 1991 | 2004 | 1994 | 2004 |
| N° de Inscritos | - | - | 335 | 2891 | 366 | 1521 | 184 | 626 |
| N° de Vagas | - | - | 160 | 1520 | 100 | 100 | 80 | 590 |
| Relação N° Inscritos/n° Vagas | - | - | 2,09 | 1,90 | 3,66 | 15,21 | 2,30 | 1,06 |

Gráfico 9. Relação entre o número de candidatos inscritos por vaga oferecida, de acordo com a categoria administrativa





Perfil socioeconômico dos estudantes

A análise das variáveis socioeconômicas incluiu aspectos ligados ao sexo, idade, estado civil, etnia, renda familiar, situação ocupacional, bolsas de estudos, escolaridade dos pais, origem do curso médio, conhecimento de outros idiomas, meios utilizados para atualização, utilização da biblioteca, horas diárias de estudo, atividades acadêmicas extraclasse e acesso ao computador e à Internet.

O perfil dos estudantes dos cursos de Medicina Veterinária no País revelou extraordinária modificação ao longo dos anos. Até a metade do século XX, havia predomínio absoluto de estudantes do sexo masculino. De um total de 1.122 médicos veterinários diplomados até o ano de 1952 por todas as Faculdades de Veterinária existentes nas diferentes regiões, apenas 14 (1,2%) eram do sexo feminino. Outra característica a ser considerada é o fato de a maioria absoluta dos estudantes da época possuírem forte vinculação com o meio rural. Graças a isso, em 1968, o Congresso Nacional instituiu cotas nas universidades, por meio da chamada “Lei do Boi”, que estabelecia que as Escolas Superiores de Agricultura e Veterinária mantidas pela União deveriam reservar, anualmente, 50% de suas vagas a candidatos agricultores ou filhos destes, proprietários ou não de terras, que residissem na zona rural, e 30% a agricultores ou filhos destes, proprietários ou não de terras, que residissem em cidades ou vilas onde não houvesse estabelecimentos de Ensino Médio.

A partir dos anos 80, intensificou-se o processo de urbanização da Medicina Veterinária, que além de suas atividades na área de ciências agrárias, particularmente em produção animal, passou também a priorizar suas ações nas áreas de clínica e cirurgia de animais de companhia, da saúde animal e da saúde pública. Associado a essa tendência foi também verificado gradativo aumento do público feminino nos cursos de Medicina Veterinária, com incremento médio anual de aproximadamente 1% das matrículas no País.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Inep, em 1991 haviam 12.076 alunos matriculados em cursos de graduação presenciais de Medicina Veterinária no País, dos quais 7.061 (58,5%) eram do sexo masculino. Naquele ano, apenas o Estado do Rio de Janeiro revelava a preponderância de alunas matriculadas. Esta tendência vem sendo paulatinamente consolidada, de tal forma que, em 2004, o universo de alunos do sexo masculino atingiu o percentual de 47,6%.

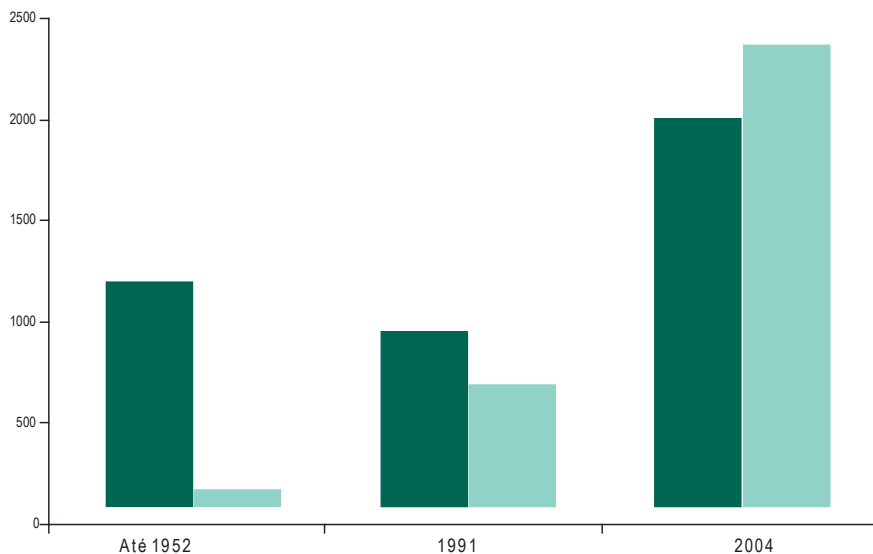
É interessante assinalar que, baseado no Censo de 2004, todos os Estados da Região Sudeste revelaram predomínio de alunas matriculadas nos cursos de Medicina Veterinária. Em termos globais, esse aspecto também pode ser observado nas Regiões Norte e Nordeste. Ao contrário, nas Regiões Sul e Centro-Oeste há

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

preponderância de alunos do sexo masculino. Os Estados da Federação que nos últimos anos têm exibido maiores contingentes de alunas matriculadas são, em ordem decrescente, Rio de Janeiro (63%), Bahia (60%), Distrito Federal (58%), contrapondo-se aos Estados de Mato Grosso do Sul (65%), Paraíba (65%) e Alagoas (58%) onde se encontram os maiores percentuais de estudantes do sexo masculino matriculados.

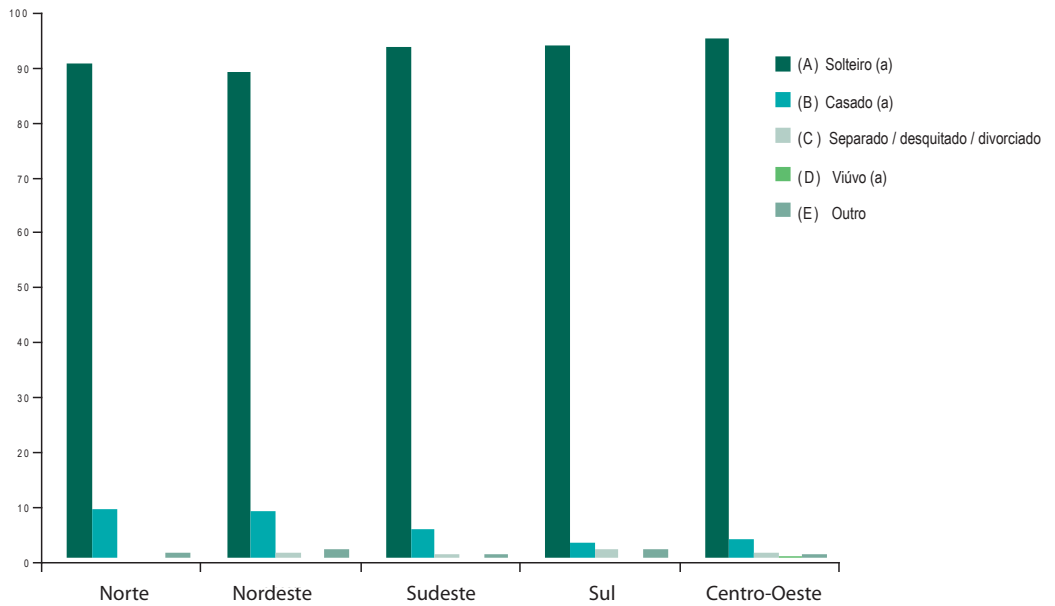
Atualmente são poucos os Estados em que o número de ingressantes do sexo masculino continua sendo maior que o do sexo feminino. Nesse contexto, há de se destacar os Estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás, coincidentemente os Estados de maior expansão das fronteiras pecuárias e que mais contribuem para o agronegócio.

Gráfico 12. Distribuição dos concluintes do curso de Medicina Veterinária, de acordo com o sexo, em três períodos estudados



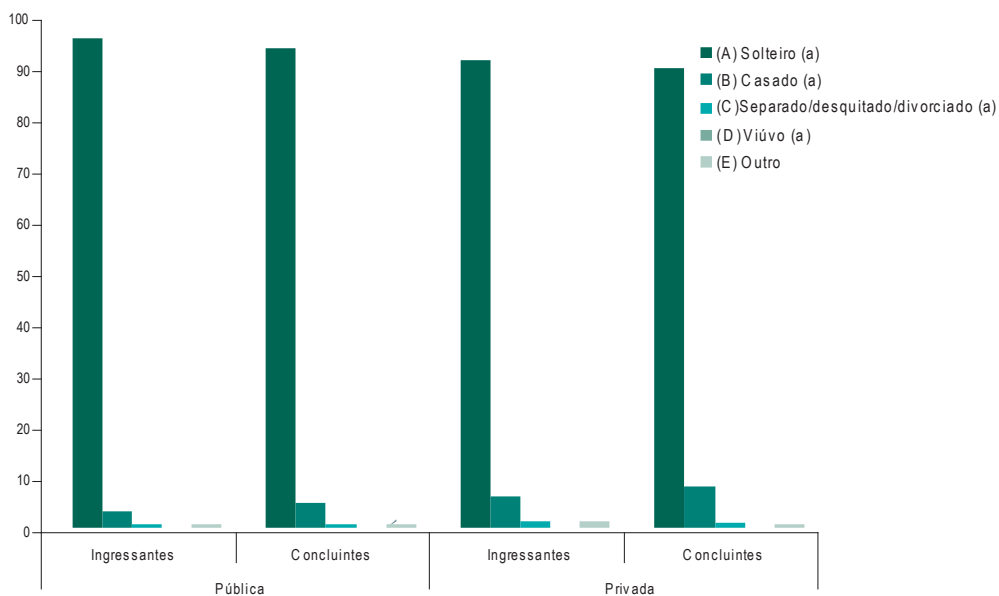
Em relação ao estado civil, 92,3% dos estudantes são solteiros, inexistindo diferenças substanciais dessa condição entre os alunos ingressantes (93,7%) e concluintes dos cursos (91,4%). Nas Regiões Norte e Nordeste constatam-se maior percentual de casados, 8,9 e 8,6% respectivamente, contrastando com a Região Sul que possui apenas 3% dos discentes nessa situação.

Gráfico 13. Distribuição percentual dos estudantes de Medicina Veterinária, de acordo com o seu estado civil nas diferentes regiões geográficas



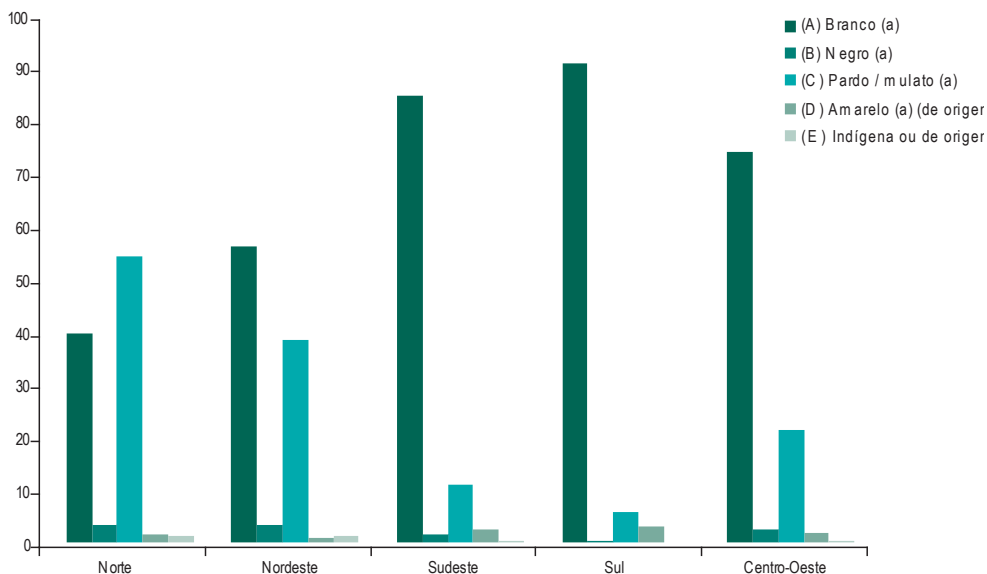
Quando confrontados os dados relativos à dependência administrativa, verifica-se que o quantitativo de estudantes solteiros é superior nas instituições públicas, enquanto o número de casados é superior nas entidades privadas.

Gráfico 14. Distribuição percentual dos estudantes de Medicina Veterinária, de acordo com o seu estado civil segundo a dependência administrativa da Instituição



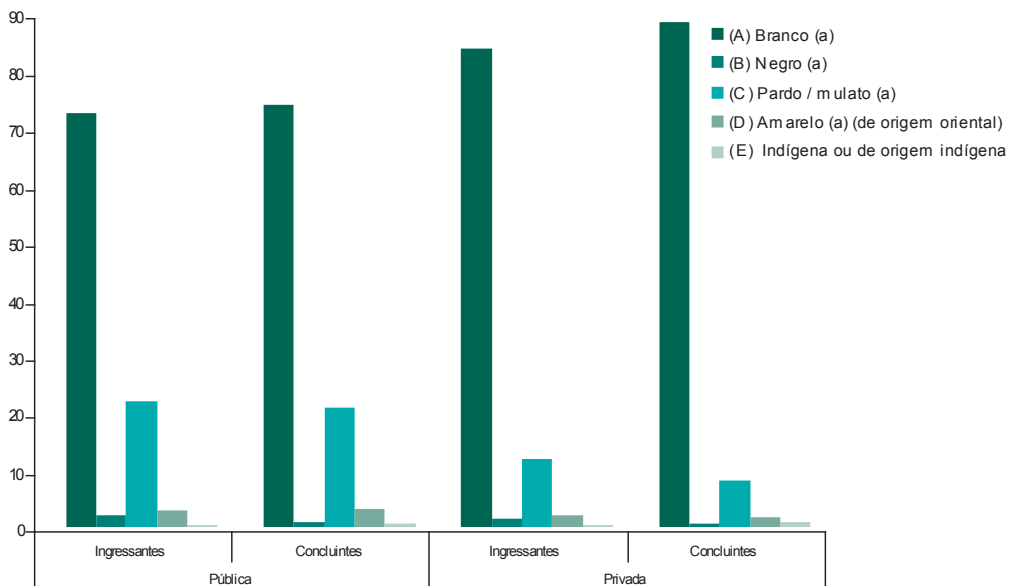
Ao serem indagados sobre a sua etnia, os estudantes assim se manifestaram: 80,5 e 15,6% dos ingressantes se consideram brancos e pardos respectivamente. Esses valores modificaram-se ligeiramente entre os concluintes para 83,5 e 12,3%. Cabe destacar que a Região Norte se constituiu na única região em que o pardo/mulato foi predominante com 54,2%, seguida do Nordeste com 38,3%. A Região Sul foi a que apresentou o menor contingente de pardos e mulatos e o maior percentual de brancos e amarelos ou de origem oriental.

Gráfico 15. Distribuição percentual dos estudantes de Medicina Veterinária nos diferentes grupos étnicos de acordo com as regiões geográficas



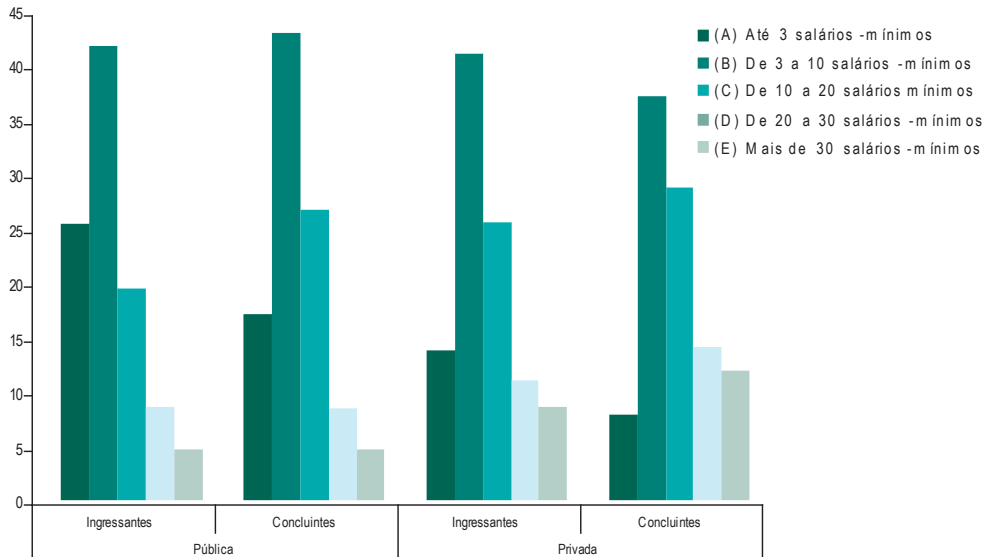
Aproximadamente 86% dos alunos das instituições privadas se autodeclararam brancos. Em contrapartida, no âmbito das instituições públicas, o percentual de pardos e mulatos é praticamente o dobro do das escolas privadas.

Gráfico 16. Distribuição percentual dos estudantes de Medicina Veterinária nos diferentes grupos étnicos de acordo com a dependência administrativa da Instituição



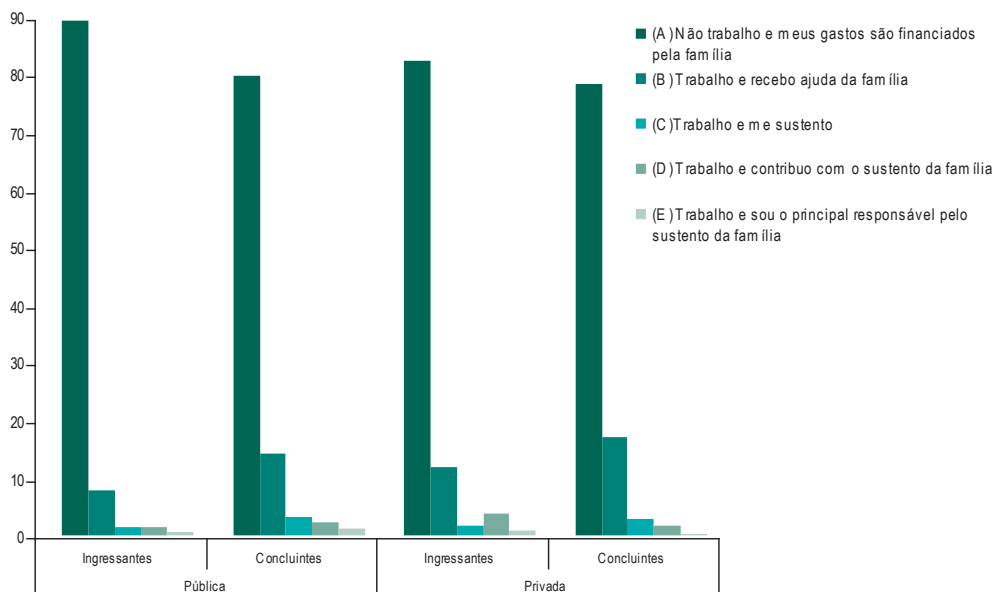
Constata-se que os estudantes originários de famílias com renda até 10 salários mínimos representam 60,8% dos ingressantes e 51,7% dos concluintes. A faixa de renda superior a 30 salários é a que apresenta menor número de alunos. A faixa salarial predominante em todas as regiões está situada entre 3 e 10 salários mínimos. Observa-se, contudo, nas Regiões Norte e Nordeste que 29,2 e 24,2% das famílias têm renda de até 3 salários mínimos. No Sul, Sudeste e Centro-Oeste a segunda faixa de renda familiar gravita entre 10 a 20 salários mínimos. Quando se considera a categoria administrativa, verifica-se que, aproximadamente, o dobro dos estudantes da escola pública situa-se na faixa de renda de até 3 salários mínimos, quando cotejado com os alunos das instituições privadas, condição que se inverte a partir da faixa salarial superior a 30 salários mínimos.

Gráfico 17. Renda familiar presumida dos estudantes de Medicina Veterinária de acordo com a dependência administrativa da instituição



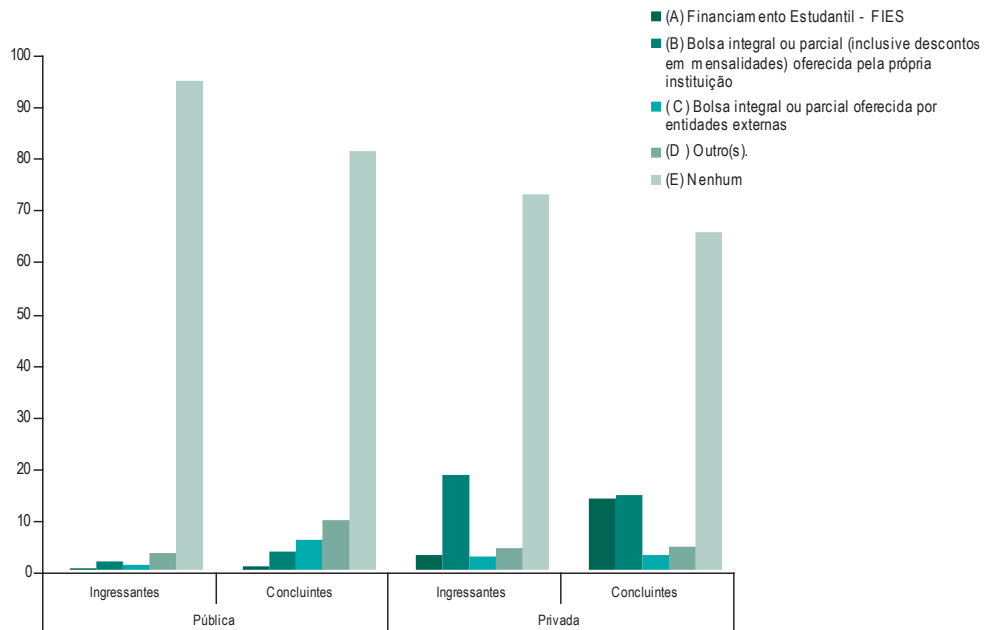
A expressiva maioria dos estudantes não exerce qualquer atividade laboral e tem os seus estudos assumidos pela família, condição que ocorre em todas as regiões. Cerca de 9% dos ingressantes e 14% dos concluintes, mesmo trabalhando, recebem ajuda da família e apenas um pequeno percentual de alunos é responsável pela sua manutenção. Nas instituições públicas, o percentual dos estudantes que são financiados integralmente pela família é ligeiramente superior àqueles das instituições privadas.

Gráfico 18. Situação ocupacional dos discentes dos cursos de Medicina Veterinária de acordo com a dependência administrativa da instituição



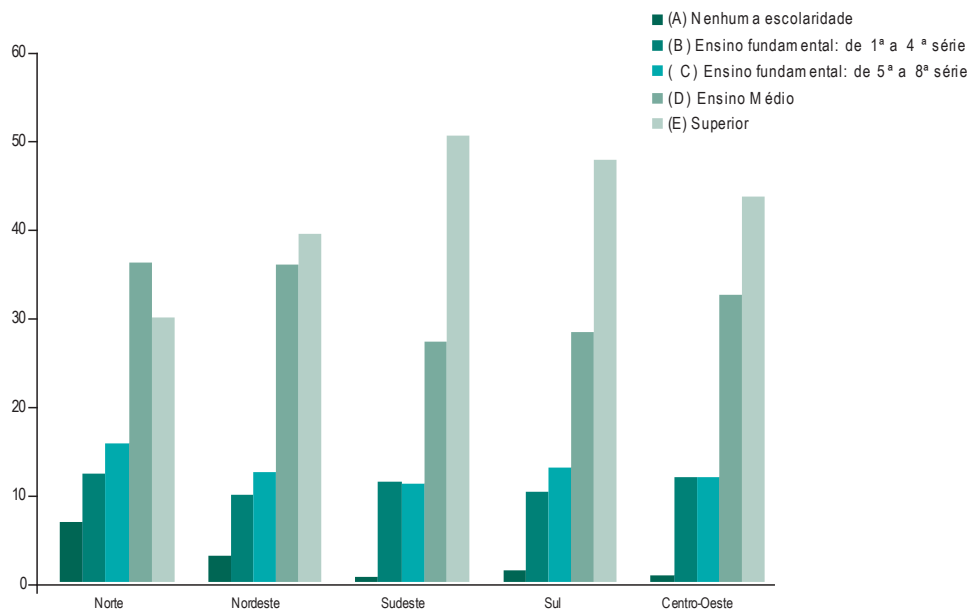
Um aspecto que deve ser sublinhado é que 79,6% dos ingressantes e 70,9% dos concluintes não possuem nenhum tipo de bolsa ou financiamento, cumprindo referir que os mecanismos de apoio financeiro compreendem, principalmente, o financiamento estudantil por meio do Programa de Financiamento Estudantil (FIES), operacionalizado pela Caixa Econômica Federal, e a concessão de bolsas integrais ou parciais oferecidas pela própria instituição, que beneficiam 13,2 e 9,3% dos estudantes ingressantes e concluintes respectivamente. Deve-se registrar que inexistem diferenças regionais significativas com relação ao atendimento prestado pelo programa FIES. Em relação às concessões de bolsa de estudos percebe-se que a Região Sudeste, com 18,2% de estudantes beneficiados, é a que oferece maiores oportunidades, aparentemente em decorrência da maior concentração de instituições privadas. Destaque-se que os alunos das instituições privadas são os maiores beneficiados dos programas de financiamento e/ou bolsa de estudos.

Gráfico 19. Apoio financeiro recebido para custeio pelos estudantes do curso de Medicina Veterinária de acordo com a dependência administrativa da instituição



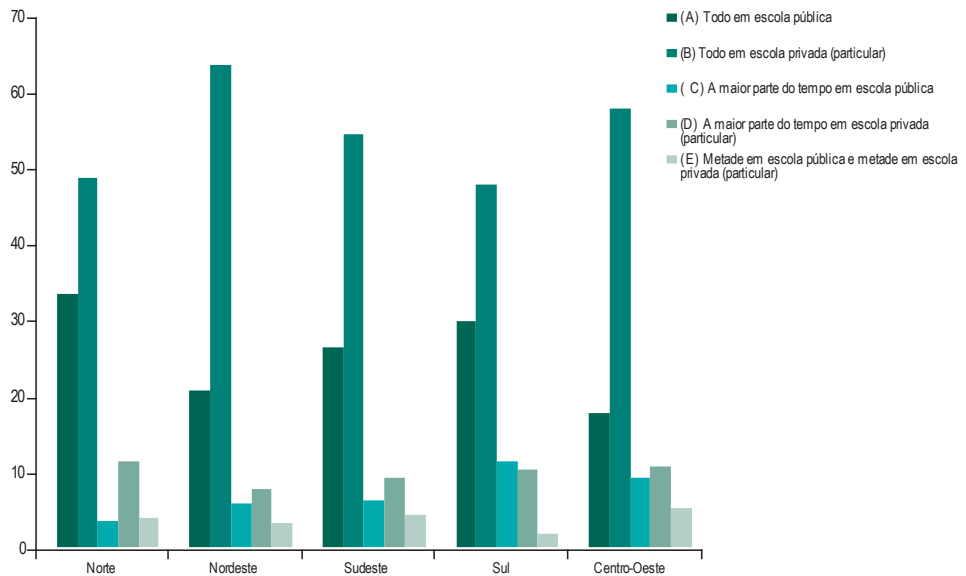
No âmbito da escolaridade dos pais, observou-se a mesma tendência para ingressantes e concluintes e entre os alunos das instituições públicas e privadas. Verifica-se que há predominância da formação de nível superior, seguida em escala decrescente da formação do Ensino Médio, ensino fundamental da 5ª à 8ª séries e da 1ª à 4ª séries, sendo bastante reduzido o percentual dos pais sem nenhuma escolaridade. Essa tendência permaneceu entre as regiões, à exceção da Região Norte, no caso do genitor e das Regiões Norte e Nordeste, no caso da mãe, onde o maior contingente de escolaridade está entre os detentores do Ensino Médio. Cabe registro o percentual de alunos cujos pais têm nível superior completo, indicando que a inserção sociofamiliar do aluno de Medicina Veterinária pode ser considerada elevada para os padrões brasileiros.

Gráfico 20. Escolaridade dos pais dos alunos dos cursos de Medicina Veterinária nas diferentes regiões geográficas



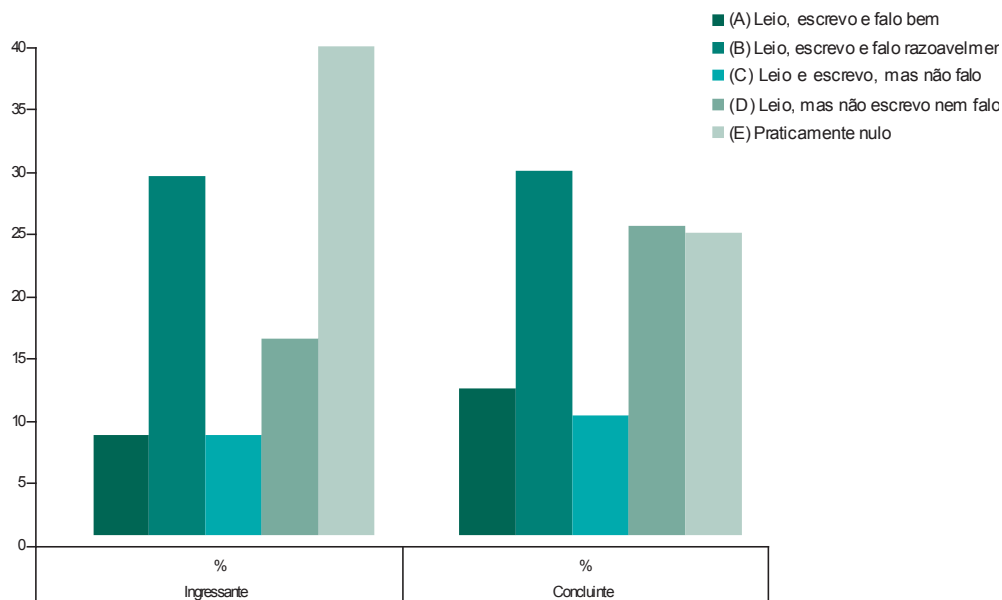
A maioria dos estudantes dos cursos de Medicina Veterinária cursou todo o Ensino Médio em escolas privadas, independentemente de sua condição de ingressante ou concluinte ou de serem alunos de instituições públicas ou privadas. Este fato também foi constatado em todas as regiões.

Gráfico 21. Natureza da instituição em que o discente de Medicina Veterinária cursou o Ensino Médio de acordo com as regiões geográficas



O percentual de estudantes que tem pleno domínio da língua inglesa é relativamente baixo, tanto entre os ingressantes (8%) como entre os concluintes (11,8%). Há que se assinalar que o universo dos alunos que não têm nenhum conhecimento do idioma tende a decrescer com a evolução do curso, indicando que houve estímulos e a compreensão da necessidade desse conhecimento para o exercício profissional, uma vez que expressiva literatura científica e a Internet utilizam-se da língua inglesa como idioma oficial. Esse perfil não varia em função da dependência administrativa, permanecendo inalterado entre instituições públicas e privadas. Considerando o contexto regional, constata-se que o maior percentual dos alunos que declararam a falta total de conhecimento do idioma inglês situa-se na Região Norte (45,8%) fato esse que se encontra relacionado diretamente ao grau de escolaridade dos seus progenitores.

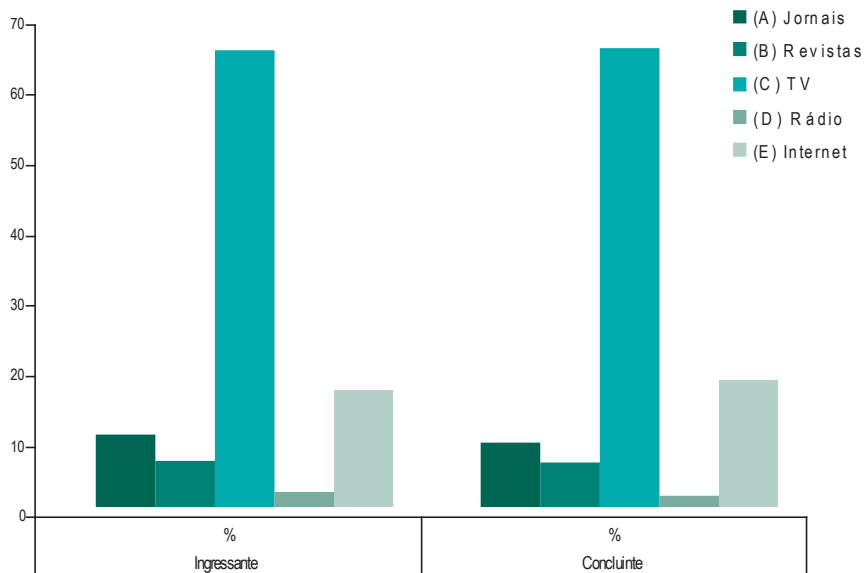
Gráfico 22. Conhecimento da língua inglesa pelos alunos ingressantes e concluintes dos cursos de Medicina Veterinária



Em relação ao idioma espanhol, há certa similaridade com o que foi observado no idioma inglês, embora o percentual daqueles que o dominam plenamente seja significativamente menor. Mesmo em regiões de fronteiras com outros países da América Latina não foi observado um cenário diferenciado, apesar do crescente intercâmbio cultural e comercial com os países vizinhos.

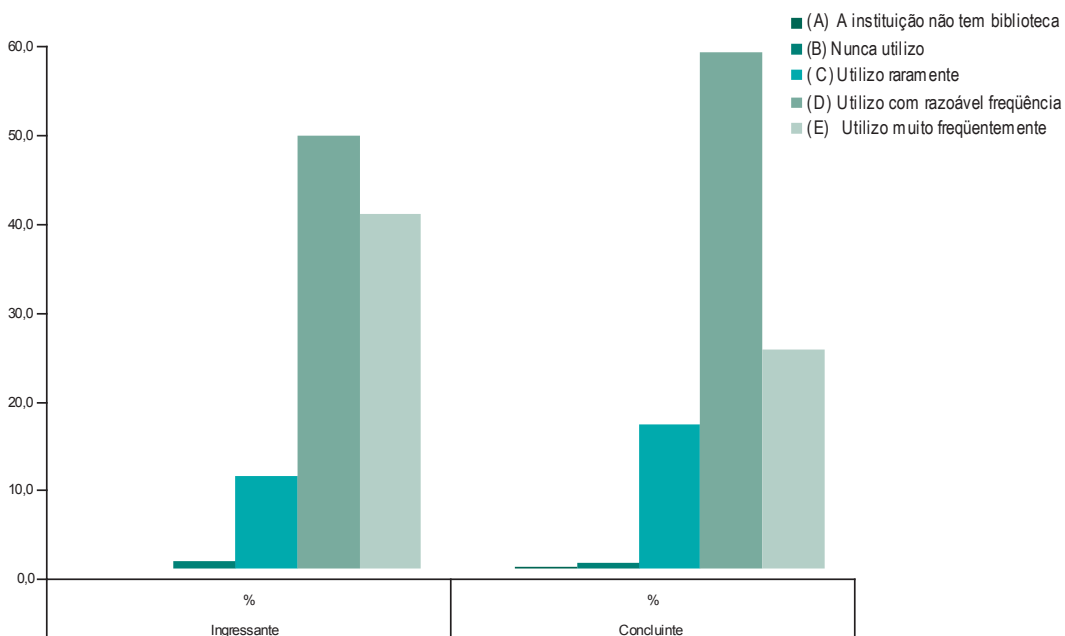
Os meios mais utilizados pelos estudantes para se manterem atualizados sobre a conjuntura contemporânea, independentemente da condição de ingressante ou concluinte, de aluno da escola pública ou privada e da influência regional, foram a mídia televisiva, com expressiva maioria, seguida da Internet, jornais e revistas. Apesar de se consistir em um evento previsível, esse aspecto remete para a pequena afinidade da juventude com a leitura.

Gráfico 23. Meios utilizados pelos estudantes do curso de Medicina Veterinária para se manterem atualizados



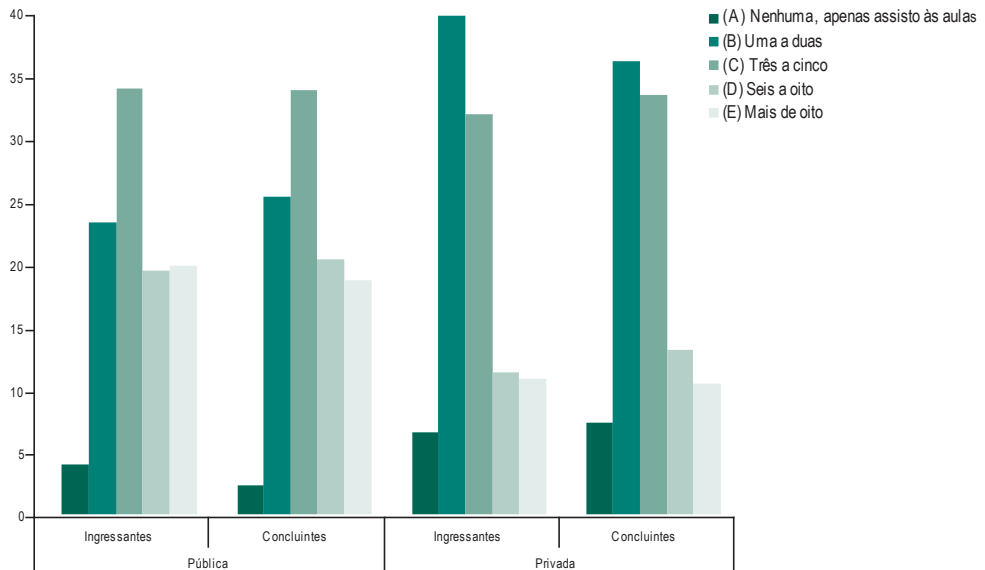
A utilização da biblioteca pelos dois grupos (ingressantes e concluintes) é feita, na maioria das vezes, com razoável frequência, 48,8 e 58,2% respectivamente. Por outro lado, quando observado o aspecto regional, verifica-se uma situação díspare entre as Regiões Norte e Sul. No Norte, 55,2% dos alunos registraram que visitam a biblioteca muito frequentemente e apenas 2,9% a utilizam raramente, contrastando com a Região Sul, com percentuais de 26,1% e 18,9%, respectivamente. Com relação às instituições públicas e privadas, o padrão de assiduidade à biblioteca não difere substancialmente

Gráfico 24. Frequência de utilização da biblioteca pelos alunos dos cursos de Medicina Veterinária



O número de horas semanais dedicadas ao estudo, excetuando a permanência em sala de aula, é reduzido, tanto para os ingressantes como para os concluintes. Os dois grupos, em sua maioria, declararam que estudam de uma a cinco horas por semana, o que certamente está muito aquém do desejável. Na análise regional verifica-se que 39,7% dos estudantes da Região Nordeste estudam mais de seis horas semanais, tempo utilizado por 32,9% dos alunos da Região Norte, 28,4% do Sudeste, 27,1% do Sul e apenas 17,6% do Centro-Oeste. Registre-se que mais da metade dos estudantes da Região Centro-Oeste, 54,92%, afirmou que somente realiza estudos em até duas horas semanais. Merece ser assinalado que, de acordo com as informações disponibilizadas, os estudantes das escolas públicas têm maior dedicação para as atividades de estudo que os das instituições privadas, isto é, 38% estudam mais de seis horas por semana, enquanto que esse nível de dedicação é inferior, alcançando 22,7%, nas privadas.

Gráfico 25. Horas semanais dedicadas as atividades extraclasse por alunos de Medicina Veterinária pertencentes a Instituições de diferentes dependências administrativas



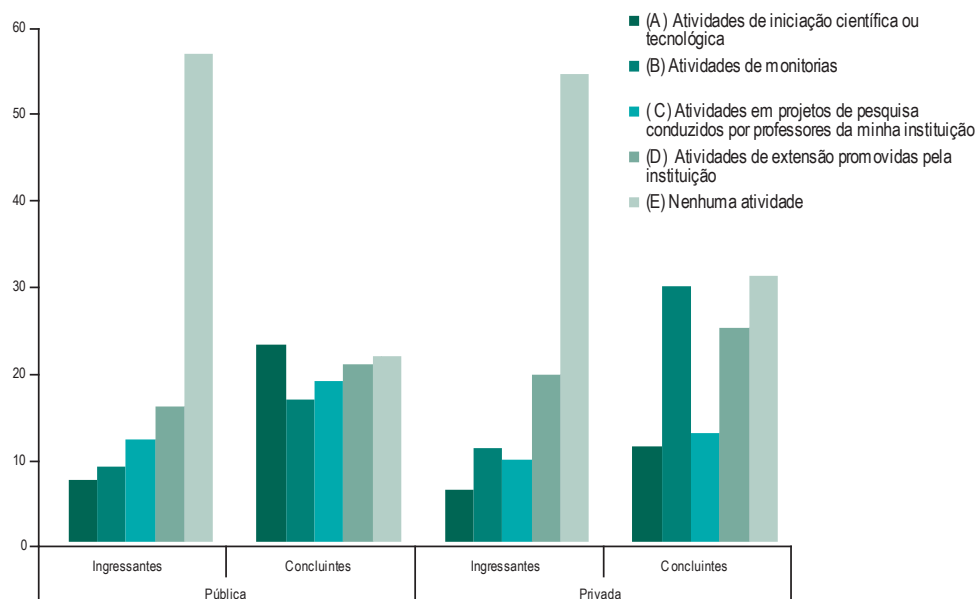
Num contexto geral, 27% dos concluintes do curso de Medicina Veterinária registraram não ter desenvolvido nenhuma atividade acadêmica além daquelas consideradas obrigatórias. Os dados indicam que o estudante da instituição pública tem maior envolvimento com as atividades de iniciação científica e com o desenvolvimento de projetos de pesquisa, enquanto nas instituições privadas verifica-se maior participação do aluno em programas de extensão e monitorias. Essas informações refletem de forma coerente as realidades institucionais, uma vez que as possibilidades de inserção do aluno em atividades investigativas é, sobremaneira, maior nas instituições públicas, responsáveis pela condução de expressiva parcela da produção científica no País.

Apesar de concentrar a maior produtividade científica nacional, a inserção do aluno, na Região Sudeste, em atividades de pesquisa e iniciação científica

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

apresenta percentuais aquém do esperado, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, ao elevado número de faculdades privadas na região, estabelecimentos esses que estão desobrigados pela legislação a desenvolver atividades regulares de pesquisa.

Gráfico 26. Atividades acadêmicas desenvolvidas pelos alunos de acordo com a natureza da instituição



Com relação à utilização de microcomputadores e acesso à Internet expressivo número de estudantes – acima de 90% - registrou fazer uso freqüente dessas ferramentas, independente da sua condição de iniciante ou concluinte, ou ainda da sua vinculação ao sistema público ou privado. A Região Norte foi a única que registrou índices inferiores a 90% de estudantes com acesso à Internet.



Tendências contemporâneas da Medicina Veterinária

De acordo com as Diretrizes Curriculares, os egressos de Curso de Graduação em Medicina Veterinária têm como perfil a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, estando capacitado a atuar fundamentado em princípios éticos. Das competências gerais a serem adquiridas pelo futuro profissional destacam-se a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, além das habilidades específicas inerentes ao exercício da veterinária. Não obstante, a ampla liberdade para que as instituições de Ensino Superior possam elaborar o seu currículo e projeto pedagógico, torna-se imperativo o pleno atendimento aos dispositivos legais, bem como perfeita interação com as tendências, as possibilidades e a história da profissão.

Desde a criação dos primeiros cursos de Medicina Veterinária, definiu-se como meta social desse profissional a produção, a exploração racional dos animais, bem como sua inserção e atuação na área de sanidade animal e participação na preservação da saúde pública. Atualmente, a Medicina Veterinária está sendo cada vez mais desafiada a prestar a sua colaboração ao desenvolvimento nacional.

O médico veterinário vem assumindo crescentes responsabilidades no âmbito da saúde pública pela sua essencialidade na participação em equipes multidisciplinares voltadas para o controle de zoonoses, para as atividades das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental e pelo incessante labor que desenvolve na higiene e inspeção sanitária e tecnológica de todos os alimentos de origem animal, como decorrência de sua formação especializada e do imperativo legal que atribui ao médico veterinário a competência exclusiva para o desenvolvimento dessa atividade, fundamental à segurança alimentar.

A Organização Mundial de Saúde, em 2002, registra que pelo menos metade dos 1.700 agentes, conhecidos como infectantes dos humanos, têm um animal ou inseto como vetor reservatório, assinalando que muitas das infecções emergentes são ou parecem ser zoonoses, aduzindo que nas próximas décadas existirá uma urgente necessidade de se expandir os vínculos entre a Medicina Humana e a Medicina Veterinária. Nesse contexto, torna-se mister salientar o surgimento da encefalite espongiforme bovina, “Doença da vaca louca”, e mais recentemente da gripe aviária, que segundo especialistas possui alto potencial para se constituir em pandemia.



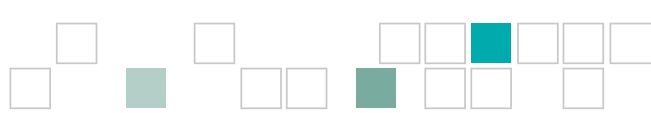
A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Desenvolvimento extraordinário vem assumindo a medicina, a produção e a exploração econômica dos animais silvestres e aquáticos, os avanços das biotécnicas reprodutivas como ferramenta para elevação da produtividade dos plantéis, compreendendo a fertilização *in vitro*, as clonagens reprodutiva e terapêutica, a transferência e sexagem de embriões, a utilização de transgênicos como biorreatores de proteínas específicas, como doadores de órgãos que expressem fatores de inibição em xenotransplantes, na produção de animais com maior eficiência na conversão alimentar, maior teor de proteína na carne e maior resistência a doenças.

O envolvimento profissional da Medicina Veterinária se espalha também nas atividades ligadas à preservação dos ecossistemas, mapeamento genético e proteção da fauna, exploração racional das imensas possibilidades da biodiversidade brasileira, promoção do bem-estar animal, atuação no controle de emergências zoonosárias e enfermidades exóticas, desastres naturais, diagnóstico de mazelas sanitárias, estudo das doenças dos animais silvestres com ênfase para as zoonoses, comércio internacional de alimentos produzidos pelos animais, na indústria farmacêutica veterinária e de rações para animais.

De outra parte, continua em franca ascensão e consolidação a atuação da profissão no exercício da Medicina Animal em todas as suas vertentes, merecendo registro aquela voltada para os animais de companhia, cada vez mais essenciais à estabilidade afetiva das famílias, em especial das crianças e anciãos, na preservação da saúde de animais de diferentes espécies utilizadas nos trabalhos de zooterapia para os portadores de necessidades especiais e/ou psicológicas. Os animais de companhia, a que o homem parece ligar-se generosamente sempre que a vida se despoja de todo sentimento afetivo e altruísta, representa para o exercício liberal da veterinária uma clientela especial que permite transposição, quase sem limites, de métodos da ciência médica e cirúrgica atuais.

Deve ainda ser enfatizado que a profissão tem sido um dos pilares do agronegócio, por sua atuação na organização das cadeias produtivas e dos sistemas de produção, na concepção e execução da política de sanidade animal das explorações zootécnicas de bovinos, suínos, aves, caprinos, ovinos, eqüídeos, animais aquáticos, que contribuem significativamente para a produção de alimentos nobres, essenciais às dietas dos povos e que se constituem atividades econômicas importantes na geração de emprego e renda. No cenário atual, a produção animal tende a tomar o caráter de empresa orientada essencialmente para a produtividade. Nos domínios da pecuária, tudo está condicionado a uma produção cada vez mais precoce e intensiva. Em 2004, por exemplo, o Brasil produziu mais de 23 bilhões de litros de leite, 22,5 bilhões de ovos, 1 milhão de toneladas de pescado, 19 milhões de toneladas das carnes bovina, suína e de frango, das quais mais de 4 milhões



foram exportadas, gerando divisas da ordem de US\$ 6,2 bilhões. Essa exploração, cada vez mais intensiva, que se pretende tornar menos dispendiosa e mais lucrativa, impõe à exploração animal, sistemas de criação cada vez mais distanciados dos princípios da biologia, e que, numa situação antípoda, muitas vezes se aproxima do anormal e do patológico.

Uma abordagem geral, embora incompleta, revela que a Medicina Veterinária é uma profissão multifacetada que exige do estudante um perfil diferenciado, amor à vida animal, dedicação permanente ao estudo, e confere às instituições e aos cursos de Medicina Veterinária singular e grave responsabilidade na formação dos recursos humanos.

Este trabalho, ao democratizar e socializar as informações existentes no Inep, relativas ao período de 1991 a 2004, evidencia traços e permite construir indicadores que devem ser trabalhados pelas instituições e cursos, a fim de elevar o grau de competência do médico veterinário para o exercício das suas múltiplas tarefas dentro da perspectiva de que a sua formação deve ser construída dentro de padrões universais de qualidade e a sua atuação deve ser pautada com elevado compromisso social.

Referência bibliográfica

COELHO, F. M. G. **A construção das profissões agrárias**. (Tese de Doutorado). UnB. Brasília. 1999. 329 p.

HATSCHBACH, P. I. Origem e desenvolvimento do ensino da Medicina Veterinária no Brasil. **A Hora Veterinária**, ano 11, nº 62, p. 41-46, julho/agosto. 1991.

MENDES, A. A. Barreiras sanitárias no mercado internacional de carnes e seus reflexos nas exportações brasileiras. **IV Seminário Internacional de Aves e Suínos – Avesui**, Florianópolis, SC, 11 a 13 de maio. 2005.

PINHEIRO, E.J.D. de. O médico veterinário e as necessidades da sociedade. **Revista CFMV**. Brasília, ano XI, nº 35, p. 10-17, maio/junho/julho/agosto, 2005.

RIBEIRO, L. e AZEVEDO, V. Animais geneticamente modificados (transgênicos) e a legislação brasileira de biossegurança. **Manual de biossegurança para as áreas das ciências da saúde e biológicas**. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Salvador, 2002.

SÍNTESE da História da Medicina Veterinária. Disponível em www.cfmv.org.br.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Future trends in veterinary public health: report of a WHO study group**. (WHO technical report series; 907), Geneva. 85 p. 2002.

Helena Maria Simonard-Loureiro

Mestre, docente da PUC-PR e da Universidade Federal do Paraná.

Lucia Fátima Campos Pedrosa Schwarzschild

Doutora, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

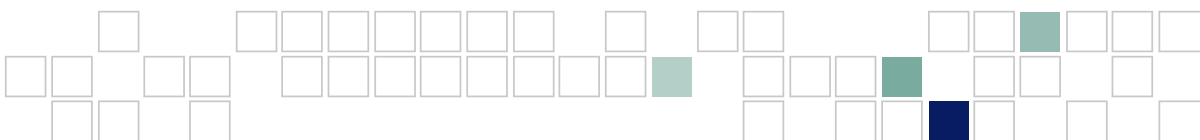
Rahilda Conceição Ferreira Brito Tuma

Mestre, docente da Universidade Federal do Pará.

Semíramis Martins Álvares Domene

Doutora, docente da PUC-Campinas.

NUTRIÇÃO



Introdução

Após a elaboração de documentos importantes sobre o histórico da Nutrição no Brasil (Asbran, 1991; Costa, 1999; Vasconcelos, 2002), e considerando as recentes modificações do cenário nacional quanto ao crescimento dos cursos de graduação na área e as transformações experimentadas por gestores de ensino frente aos marcos regulatórios oficiais, este trabalho objetivou analisar os dados disponíveis na Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior – DEAES, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep referentes à formação do nutricionista no Brasil.

Para os Cursos de Nutrição, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 (Brasil, 2004) trouxe a primeira experiência de avaliação do estudante de graduação por meio de um mecanismo de abrangência nacional, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, no ano de 2004. As informações deste levantamento, à luz das demandas da sociedade quanto à atuação do nutricionista, traduzidas em documentos oficiais, sobretudo na Política Nacional de Alimentação e Nutrição serão tratadas aqui.

O relato será composto inicialmente por um breve histórico, seguido da análise da evolução de dados quantitativos sobre vagas, ingressantes e concluintes no período de 1991 a 2004, e finalizado com uma discussão sobre o perfil do aluno de graduação em Nutrição.

Breve histórico da profissão de nutricionista no Brasil

A contextualização histórica mundial da profissão de Nutricionista remete ao primeiro curso universitário de Dietista, realizado em 1902 na Universidade de Toronto no Canadá (Asbran, 1991).

Na América Latina destaca-se a forte influência do médico argentino Pedro Escudero que, após acompanhar os avanços da ciência da nutrição na Europa e nos Estados Unidos, fundou o Instituto Nacional de Nutrição em 1926 e a Escola de Dietistas em 1933, em Buenos Aires, que através da concessão anual de bolsas de estudos aos Países latino-americanos constitui-se o marco inicial da formação dos Dietistas (Vasconcelos, 2002).

Segundo Ypiranga e Gil (1989), no Brasil, de forma diferente dos demais Países latino-americanos, a nomenclatura Nutricionista foi adotada desde o



primeiro Curso de Nutricionistas, criado em 1939 pelo Decreto Estadual nº 10.617 de 24/10/1939, no então Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), por iniciativa de médicos nutrólogos. O curso tinha duração de 1 ano e oferecia 20 vagas anuais.

Esta iniciativa foi concretizada em decorrência da situação sociopolítica do Brasil no final da década de 30, caracterizada por dois importantes movimentos:

- um, interno, ligado ao projeto de modernização da economia brasileira e à criação das bases para a industrialização nacional (siderurgia, metalurgia, álcalis, vidros, motores, hidroelétrica, construção de estradas);
- outro, externo, imposto pela necessidade de enfrentar desafios da 2ª Guerra Mundial.

Tais movimentos demandaram aumento e melhoria da produção, abastecimento e consumo de alimentos, com o objetivo de obter um padrão alimentar condizente com as exigências nutricionais dos indivíduos engajados no trabalho industrial e no esforço de guerra. Em consequência, foram implementadas novas ações para a formação de recursos humanos especializados no campo da alimentação e nutrição (ASBRAN, 1991). Portanto, a institucionalização do trabalho do nutricionista vinculou-se inicialmente às políticas assistenciais do Governo (Costa, 1999).

Em 1940, iniciaram os cursos técnicos do Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), que deram origem, em 1943, ao Curso de Nutricionistas de Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), posteriormente transferido para a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Em 1944, foi iniciado o Curso de Nutricionistas da Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth, transferido para a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Em 1948, teve início o Curso de Dietistas da Universidade do Brasil, atualmente Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Na década de 50, dois Cursos públicos foram criados na Região Nordeste: Universidade Federal da Bahia-UFBA (1956) e Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (1957).

Segundo Vasconcelos (2002), duas correntes do saber médico concorreram para a formação do campo da nutrição no Brasil:

- a primeira, com perspectiva eminentemente biológica, com enfoque em estudos de consumo de alimentos e utilização biológica de nutrientes, fortemente influenciada por concepções das Escolas de Nutrição norte-americanas e européias. Esta corrente deu origem à nutrição básica e experimental e, posteriormente, à nutrição clínica (dietoterapia);



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

- a segunda, com ênfase nos aspectos relativos à produção, à distribuição e ao consumo alimentar pela população, influenciada pelas concepções de Pedro Escudero. Esta corrente constituiu o núcleo inicial da perspectiva social da nutrição, com atuação voltada para o coletivo, para a sociedade e para a economia, dando origem à área de Alimentação Institucional/Coletiva nos anos 40 e à Nutrição em Saúde Pública nas décadas de 50 e 60.

Até esse período, a profissão era considerada como exclusivamente feminina, além de ser uma carreira jovem e promissora pelo surgimento da preocupação com o problema alimentar e nutricional da população e pela emergência da medicina comunitária (Costa, 1999).

Em 1964, por meio da Portaria nº 514/64, o Ministério da Educação fixou um currículo mínimo de matérias e determinou a duração mínima de 3 anos para os Cursos de Nutrição, tempo que foi ampliado para 4 anos, em 1972, ocasião em que um novo currículo mínimo foi proposto com base nas conclusões e recomendações da I e II Conferências sobre Adestramento de Nutricionistas-Dietistas de Saúde Pública, realizadas em Caracas (1966) e São Paulo (1973).

Paralelo ao processo de criação dos cursos no País, importantes eventos contribuíram para a emergência da profissão:

- na área de política de alimentação e nutrição: a) instituição do salário mínimo (01/05/1940), que teve como base de cálculo a chamada “ração mínima” ou “cesta básica”, b) criação do SAPS (05/08/1940), órgão destinado à execução de uma parte da política social do Estado;

- na área de desenvolvimento técnico-científico e de organização da Política de Nutrição: a) criação dos Arquivos Brasileiros de Nutrição em maio de 1944; b) criação da Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN) em 1949, que possibilitou a discussão de forma coletiva dos avanços e problemas da categoria, a promoção da integração entre os profissionais, professores e alunos de Nutrição, por meio de reuniões e especialmente dos Congressos Brasileiros de Nutrição realizados a partir de 1958; c) publicação do Parecer CFE nº 265 de 19/10/1962 que efetivou o reconhecimento como de nível superior dos Cursos de Nutricionistas, estabelecendo o primeiro currículo mínimo e a fixação da duração do curso em 3 anos (Vasconcelos, 2002).

Inicialmente, o grande desafio dos congressos científicos era divulgar a profissão, estimular a produção científica, ampliar a inserção do nutricionista nas diversas áreas de atuação, discutir propostas para reformulação do ensino da nutrição e destacar a necessidade de estabelecer um sistema de controle sobre as propagandas de produtos alimentícios.



Destaca-se o papel do III Congresso Brasileiro de Nutrição, realizado no Rio de Janeiro em 1965, como cenário das discussões preliminares sobre a necessidade de regulamentação da profissão e da criação de um órgão nacional que congregasse a categoria dos nutricionistas, com o objetivo de disciplinar e fiscalizar seu exercício profissional.

Nesse contexto, o Projeto de Lei nº 50/63, apresentado pelo Deputado Dirceu Cardoso, que continha as duas propostas, teve longa tramitação na Câmara e só conseguiu regulamentar a profissão por meio da Lei nº 5.276/67 de 24/04/1967.

Em 1968, o nutricionista obteve mais uma importante vitória que foi o enquadramento como profissional liberal, a partir da publicação da Portaria no 3.424 do Ministério do Trabalho, Comércio e Indústria (MTCI). No ano seguinte foi criado o Curso de Nutricionistas da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Nos Congressos de Nutrição realizados no final da década de 60 e início da década de 70, os nutricionistas posicionavam-se favoráveis à expansão de cursos prioritariamente nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste e ao desenvolvimento de programas de pós-graduação.

Porém, apesar das recomendações provenientes desses eventos, sabe-se que a expansão dos cursos, ocorrida a partir de 1973, resultou de uma decisão estatal e mais precisamente de dois eventos:

- A Reforma Universitária de 1968, que determinou a abertura de novos cursos em todas as áreas de conhecimento, especialmente naquelas que contavam com menor número de cursos de graduação, como era o caso da Nutrição.
- O direcionamento das políticas públicas para a área de Alimentação e Nutrição, que culminou com a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1972 e a instituição do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1976, gerando a necessidade de recursos humanos para a execução do referido programa.

Na década de 70, destaca-se o aumento da participação das instituições privadas no ensino superior, em decorrência de uma pressão de demanda a partir da chamada “questão de excedentes” (Brasil, 2001).

Em 1978, como resultado do grande empenho dos membros da Federação Brasileira de Nutrição (FEBRAN), criada em 1970 em substituição à ABN, foi promulgada a Lei nº 6.563, de 20/10/1978, que “cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento e dá outras providências”. A partir de então, os nutricionistas passaram a dispor de um órgão específico para orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, funções até então sob a responsabilidade dos órgãos de fiscalização da Medicina (CFN, 1999).



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Somente em 1983, o Conselho Federal de Educação por meio do Parecer no 185/83 instituiu a mudança de nomenclatura de Curso de Nutricionista para Curso de Nutrição, atendendo às recomendações contidas no Diagnóstico Nacional dos Cursos de Nutrição aprovado durante o Seminário Nacional de Avaliação do Ensino de Nutrição, promovido pela FEBRAN, com apoio do INAN, realizado em Brasília em agosto de 1982 (Calado, 2006).

Apesar da vigência do Decreto no 93.594 de 19/11/1986, que sustava a criação de novos cursos de graduação em todo o território nacional, na década de 1980 mais 15 cursos de Nutrição foram criados, já com predominância das instituições privadas.

No período de 1990 a 1996 apenas 5 cursos foram criados, sendo todos em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, porém alguns fatos merecem destaque como: a criação da Associação Brasileira de Nutricionistas – ASBRAN (08/06/1990) em substituição à FEBRAN, a promulgação da Lei nº 5.276 de 1967 e a crescente mobilização dos nutricionistas no que se refere à intensificação da busca pela qualificação profissional e a maior participação em eventos técnico-científicos ligados à área da alimentação e nutrição (Vasconcelos, 2002).

Porém, a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 9.394 de 20/12/1996) mais 224 cursos foram criados, perfazendo atualmente um total de 269 cursos, o que representa um crescimento de 598% desde 1997.

A Tabela 1 contém os dados sobre o número de Cursos de Graduação em Nutrição abertos em três períodos distintos: até 1969 quando só havia escolas públicas, entre 1970 e 1996, e após a promulgação da LDB.

Em consequência desse acelerado crescimento, houve um significativo aumento do número de nutricionistas no País, que passou de 7.249 em 1996 para 34.410 em 2004, resultando em uma diversificação dos campos de atuação, que inicialmente restringiam-se às três áreas clássicas (Nutrição Clínica, Alimentação Institucional e Nutrição em Saúde Coletiva) (Villar et al., 1997) e que atualmente vem incorporando novos segmentos como: nutrição em esporte, marketing em nutrição, indústrias de alimentos e docência (CFN, 2005).

Outro marco importante para a formação do profissional no Brasil, foi a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição que define o perfil do nutricionista como “o profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentam fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo

para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural”. Esta Resolução determina que a formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1990), bem como o desenvolvimento de habilidades e competências, a saber: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento além da educação permanente para a formação do profissional.

Nesse sentido, outros avanços também podem ser destacados: a obrigatoriedade de elaboração de trabalho de conclusão de curso estimulando o desenvolvimento de pesquisa em nutrição, a possibilidade de atuação em equipes multiprofissionais de saúde, atuação em marketing e garantia de uma carga horária mínima e equitativamente distribuída para as atividades de estágio em pelo menos três grandes áreas de atuação profissional.

Tabela 1. Número de cursos presenciais de graduação em Nutrição no Brasil criados por períodos históricos.

| Período | IES Públicas | | IES Privadas | | Total | |
|-----------|--------------|------|--------------|------|-------|------|
| | nº | % | nº | % | nº | % |
| 1939-1969 | 7 | 100 | 0 | 0 | 7 | 2,6 |
| 1970-1996 | 15 | 39,5 | 23 | 60,5 | 38 | 14,3 |
| 1997-2006 | 11 | 4,9 | 213 | 95,1 | 224 | 83,3 |
| Total | 33 | 12,3 | 236 | 87,7 | 269 | 100 |

Para a viabilização da proposta desafiadora de formar profissionais mais comprometidos com a qualidade de vida da população, é necessária uma maior integração e mais ações conjuntas entre todos os profissionais, onde o respeito à atuação de cada um deve ser praticado ainda dentro das IES que os formam.

Evolução dos cursos de Nutrição no Brasil de 1991 a 2004

A partir da criação do primeiro curso de Nutrição e durante 57 anos até a promulgação da LDBE, em 1996, no Brasil existiam, portanto, apenas 45 cursos de

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

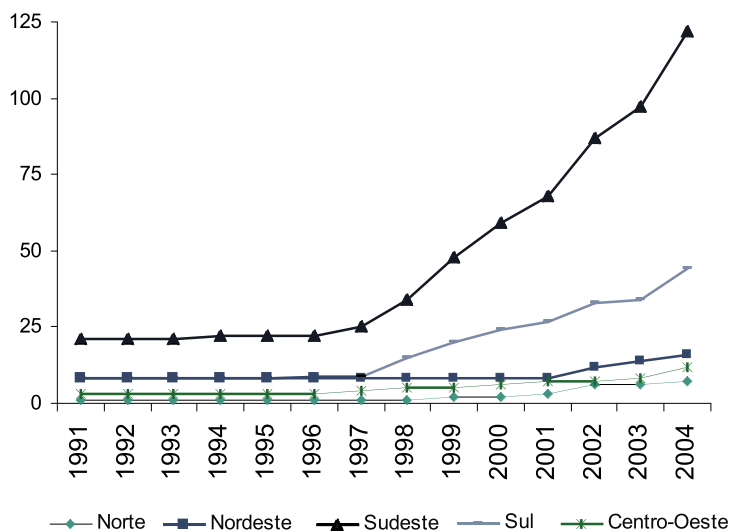
Nutrição. A expansão marcante observada nos anos após a vigência da LDB, com 224 novos cursos, resultou na existência, em fevereiro de 2006, de 269 cursos de Nutrição no Brasil (Calado, 2006).

Considerando as regiões administrativas, o maior crescimento ocorreu no Sudeste e Sul. Os estados em que este fato foi mais relevante foram Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina com 1.550% no primeiro e 600% em cada um dos Estados do Sul, respectivamente. O Gráfico 1 ilustra o crescimento da oferta de cursos por região administrativa do País.

Esses números comprovam o forte impacto sobre a ampliação de vagas oferecidas pelo setor privado, a partir de 1997, decorrente da promulgação da LDB, especialmente considerando o art. 53, que trata da autonomia das IES.

Outro aspecto a ser considerado para a contextualização histórica desse fenômeno é a coincidência com uma das disposições do Plano Nacional da Educação – PNE (Brasil, 2001) vigente, que tem como meta prover, até o final da década, a oferta de educação superior para 30% da população de estudantes com idade entre 18 e 24 anos.

Gráfico 1. Evolução do número de cursos presenciais de graduação em Nutrição, segundo a região administrativa, por ano



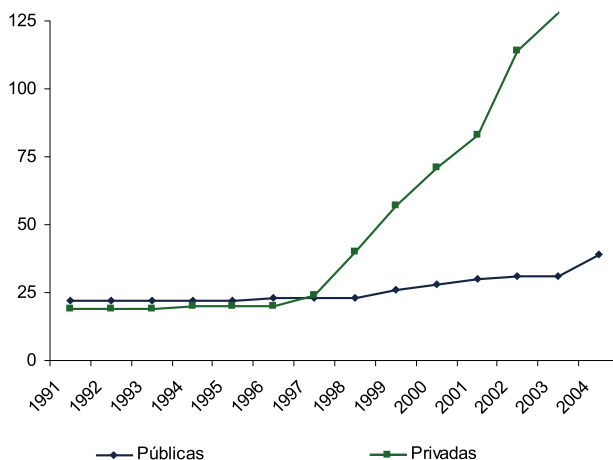
No período de 1991 a 2004, observou-se aumento de 5,3 vezes no número de Cursos de Nutrição nas regiões Norte e Sul; 2,3 vezes na Região Nordeste; e 4,0 vezes na Região Sudeste.

Contudo, a promulgação da Constituição Federal de 1988 contribuiu antes mesmo da LDB, em 1996, para formalizar o conceito de descentralização da educação no Brasil (Souza e Faria, 2004). Estamos, em 2006, vivendo os primeiros efeitos de uma era marcada pelo rompimento do Brasil e de Países da América Latina com sistemas educacionais refratários à liberdade de pensamento e manifestação, que acompanharam os regimes militares que, no caso nacional, perdurou até o início da década de 80.

No restante da sociedade, as relações de trabalho, os mecanismos de relação financeira, a desregulamentação da economia e a abertura dos mercados, as propostas de reforma dos sistemas previdenciário e fiscal são fenômenos que contribuem para consolidar um novo cenário, dentro do qual a reforma universitária emerge mais recentemente.

Assim, percebe-se que a expansão do setor privado no ensino superior de Nutrição, a partir de 1997, desenha acentuada flexão na curva ilustrada pelo Gráfico 2, coerente com o contexto em que ocorreu.

Gráfico 2. Evolução do número de cursos presenciais de graduação em Nutrição, segundo a categoria administrativa da IES, por ano





A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Apesar disso, ainda há carência de profissionais em todo o País, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, considerando novos campos de atuação em que a presença do nutricionista passou a ser obrigatória, como no Programa de Alimentação Escolar (CFN, 2005), além da demanda gerada a partir das metas e propósitos da Segurança Alimentar e Nutricional e das ações do Estado na área. Destaca-se especialmente a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Secretaria, 2000), que prioriza sete diretrizes, a saber:

- Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
- Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto.
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- Promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudável.
- Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associados à alimentação e nutrição.
- Promoção do desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Outro aspecto relevante a ser considerado refere-se à natureza da IES que abriga os cursos de graduação em Nutrição. A maioria deles está concentrada nas universidades; das 201 IES com cursos de Nutrição em 2004, 119 estavam sediadas em universidades, sendo 36 públicas e 83 privadas. É importante notar que o número de cursos de Nutrição nas universidades estaduais duplicou, passando de quatro, em 1991, para oito em 2004.

Os demais 82 cursos existentes em 2004 eram oferecidos por outras categorias administrativas de IES. Os centros universitários passaram a oferecer vagas em Nutrição no ano de 1998, quando foram abertos quatro cursos nessa categoria administrativa. Em 2004, existiam 48 centros universitários, sendo 47 privados. Já as faculdades integradas oferecem cursos de Nutrição há mais tempo e não apresentaram o mesmo crescimento: eram três particulares em 1991 e seis em 2004, sendo apenas uma pública. Os cursos de graduação, oferecidos por escolas e institutos também cresceram muito no período: eram cinco privados em 1991 e 28 em 2004, dos quais um público.

Os dados sobre essa distribuição estão descritos nas tabelas abaixo listadas que se encontram no caderno de anexos:

- Evolução do Número de Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.



- Distribuição Percentual do Número de Cursos Presencias de Graduação em Nutrição nas Universidades, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual do Número de Cursos Presencias de Graduação em Nutrição nos Centros Universitários, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual do Número de Cursos Presencias de Graduação em Nutrição nas Faculdades Integradas, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual do Número de Cursos Presencias de Graduação em Nutrição nas Faculdades Escolas e Institutos, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.

A concepção central da LDB busca a qualificação dos cursos de graduação por meio da apropriação do conceito de competência para a orientação das matrizes curriculares e dos projetos pedagógicos das diferentes áreas. Contudo, a flexibilização das condições para a abertura de novos cursos, necessária à incorporação dessa concepção, resultou, de outro lado, em aumento expressivo das vagas no setor privado, sem o adequado controle sobre a abertura de novos cursos de Nutrição no Brasil.

Esse resultado se contrapõe a uma das metas do PNE que prevê “ampliar a oferta de vagas no ensino público de forma a assegurar uma proporção nunca inferior a 40% do total de vagas, prevendo incluir a parceria da União com os Estados na criação de novos estabelecimentos de educação superior.” A considerar o número de vagas oferecidas em 2004 nos processos seletivos para graduação em Nutrição no Brasil (23.734), constata-se que 90,5% delas (21.476) estão no setor privado, o que caracteriza uma flagrante distorção no cumprimento do PNE.

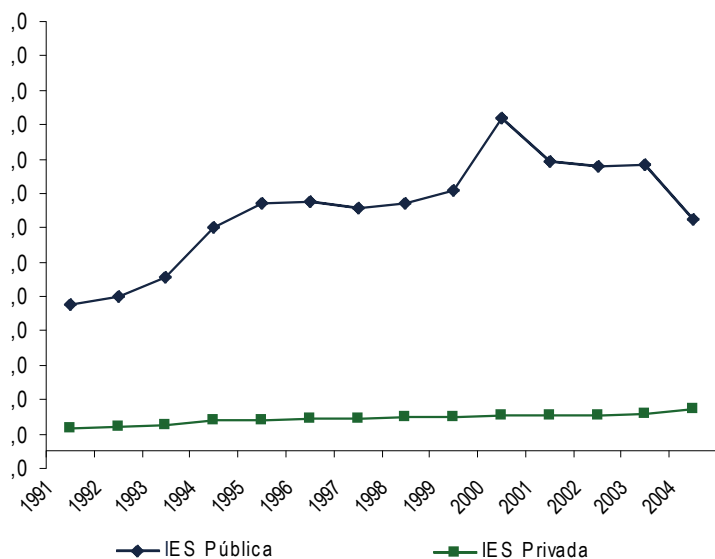
Entende-se que a garantia da construção de modelos educacionais criativos, que priorizem o aprendizado problematizador e vivencial, menos limitados pelas antigas “grades curriculares modelares”, é relevante para a formação de profissionais críticos e ao mesmo tempo tecnicamente competentes, conforme orientam as disposições das Diretrizes Curriculares da área de nutrição.

Adicionalmente, o crescimento do número de vagas vem ao encontro das metas previstas no PNE, mas apresenta distorções. Para que esta expansão seja consistente com a proposta original da LDB, há necessidade concomitante de formação de professores e de fomento à pesquisa, além do investimento em infra-estrutura. A formação de professores e a consolidação da pesquisa não acompanham a velocidade da edição das normativas legais, exigem tempo de investimento e de amadurecimento do conhecimento produzido.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O aumento paralelo do número de vagas e de concluintes nas IES privadas resultou em pequena flutuação da razão candidato por vaga, com variação entre 1,4 e 2,5. Já nas IES públicas, em que não se observou aumento significativo do número de vagas oferecidas entre 1991 e 2004, o aumento da procura fez com que a relação candidato por vaga fosse bastante superior, variando de 8,6 a 19,4 observado no ano de 2000, como ilustra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Relação candidato vaga em cursos presenciais de graduação em Nutrição, por categoria administrativa, no período 1991 – 2004



Apesar de ter sido considerada como marco do ensino superior durante 1995/2002, a LDB é considerada “minimalista” por Cunha (2002), por não contemplar questões relevantes como o Conselho Nacional de Educação – CNE, quanto à sua composição e atribuições, e a avaliação universitária, omissões estas que tiveram que ser trabalhadas em outros desdobramentos da política de educação superior.

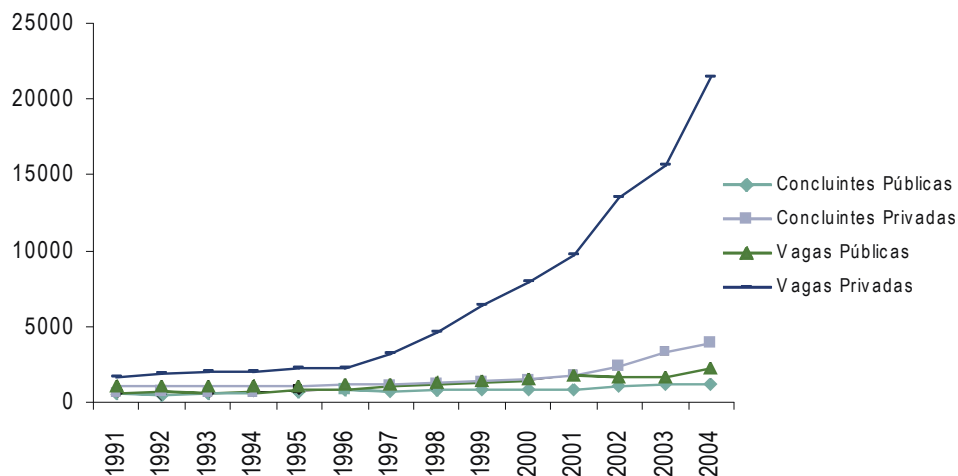
A LDB reassegurou a possibilidade de criar e extinguir cursos, assim como de determinar o número de vagas de cada um, elementos importantes para orientação às instituições privadas.

Outro efeito da LDB sobre a explosão de vagas e sobre a criação de cursos

de graduação foi a ruptura com os tradicionais vestibulares, embora a legislação faça referência à aprovação em “processos seletivos” e à exigência da conclusão do ensino médio como condições para um candidato ser admitido em qualquer graduação. Tal omissão propiciou o surgimento de diversos processos de admissão de estudantes das IES, conforme a inserção no mercado do Ensino Superior (Cunha, 2002).

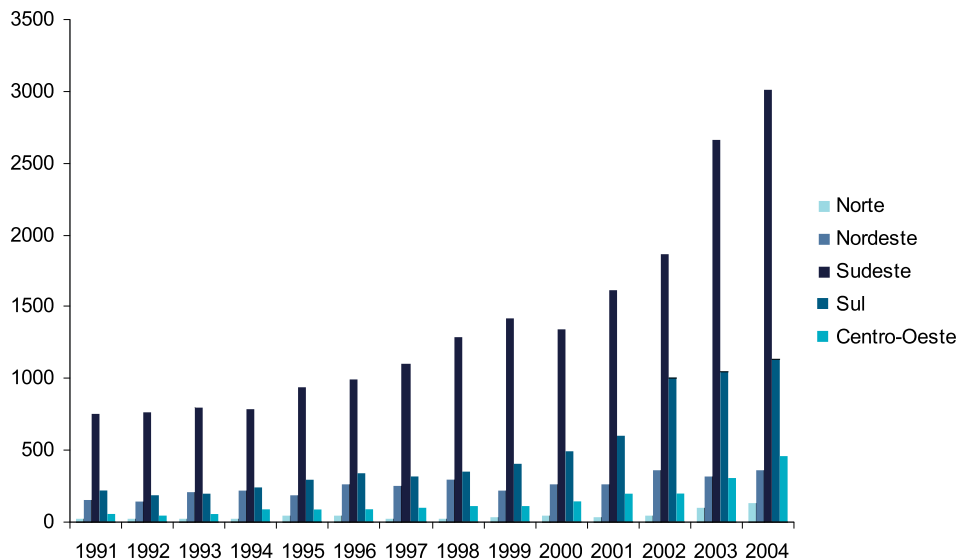
A análise dos dados sobre o crescimento da graduação em Nutrição no Brasil a partir de 1991 pode ser percebida pelo aumento de 327% no número de egressos em um período de 14 anos: em 1991 se formaram 1194 nutricionistas, e em 2004 foram 5096 concluintes (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4. Evolução do número de vagas e de concluintes em cursos presenciais de graduação em Nutrição, segundo categoria administrativa, no período 1991 a 2004



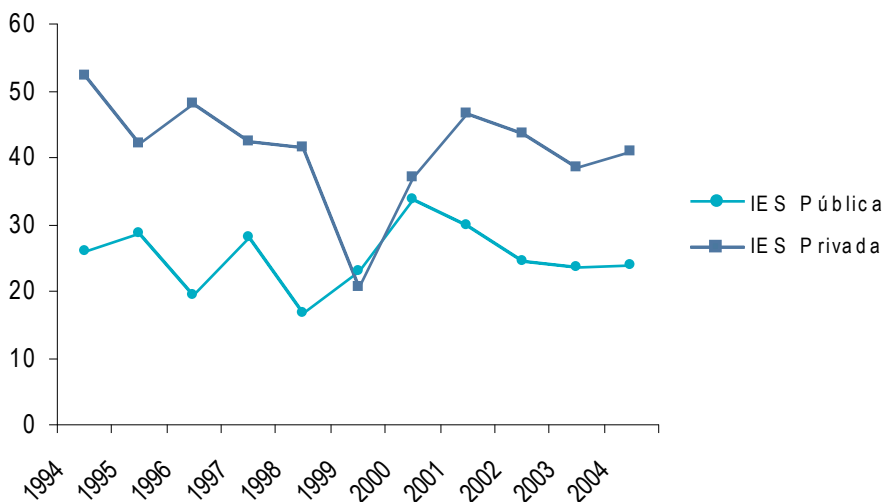
A aprovação da PNAN, por meio da Portaria no 710 do Ministério da Saúde, de junho de 1999 (Secretaria, 2000), é um marco referencial relevante para orientar a política de fomento à graduação em Nutrição, por fornecer elementos oficiais sobre as demandas sociais fortemente associadas à atuação do profissional dessa área.

Gráfico 5. Evolução do número de concluintes nos cursos presenciais de graduação em Nutrição segundo região geográfica do Brasil



Os percentuais de evasão são distintos entre IES públicas ($25 \pm 4,8$) e privadas ($41,3 \pm 8,0$), mas ambas as categorias administrativas apresentam coeficientes de variabilidade semelhantes (19,0 e 19,6 respectivamente). Isso mostra que o estudante de nutrição ingressante em escolas públicas tem maior chance de concluir seu estudo (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evasão percentual dos alunos de cursos presenciais de graduação em Nutrição, segundo categorias administrativas, Brasil, 1994 – 2004



A comparação por região permite perceber que a distribuição dos profissionais e egressos no País é desigual. O número de nutricionistas em cada região do País responde à possibilidade de trabalho.

Nas regiões Sudeste e Sul, reconhecidamente majoritárias quanto à sua contribuição para o PIB nacional, existem 2,26 e 2,24 nutricionistas, respectivamente, por 10 mil habitantes e contam com 0,67 e 0,48 nutricionistas por Estabelecimento de Saúde (ES). No Norte, existem apenas 0,63 nutricionistas por 10 mil habitantes, e 0,16 profissionais por estabelecimento de saúde.

O número de egressos no mesmo ano reitera essa desigualdade: formaram-se, em 2002, 0,03 nutricionistas por 10 mil habitantes na Região Norte, e 0,4 na Região Sul. Esses números mostram que há, ainda, carência de profissionais para atender aos propósitos das políticas públicas de saúde, pautadas na integralidade da assistência.

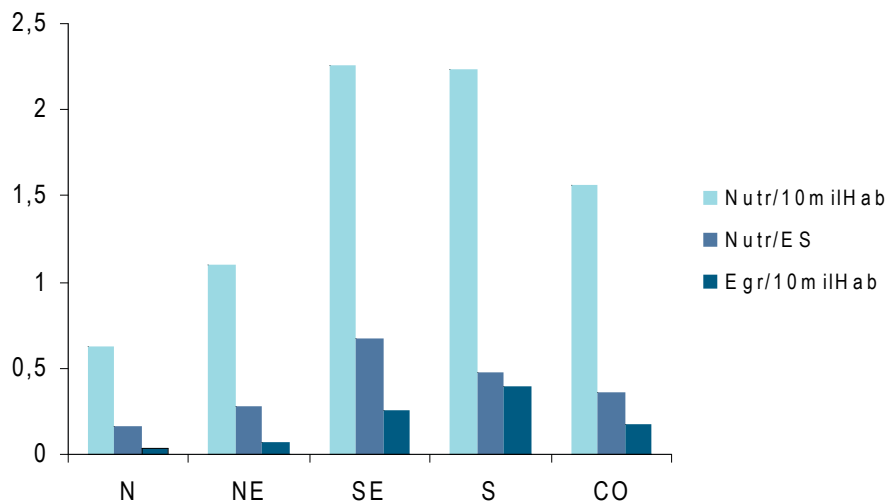
O trabalho interprofissional e multidisciplinar nos serviços de saúde e nas empresas, a evolução e o aperfeiçoamento dos processos produtivos relativos a alimentos, são demandas crescentes que ainda não podem ser plenamente atendidas com esse contingente de profissionais.

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A presença do nutricionista nos serviços de saúde ilustra a carência de profissionais no País. Na Região Sudeste, em que há a maior concentração de escolas e de profissionais, ainda não há pelo menos um nutricionista por estabelecimento de saúde.

A Gráfico 7 mostra a distribuição do número de nutricionistas por 10 mil habitantes, por ES, e de egressos por 10 mil habitantes em 2002, último ano em que há dados sobre o número de ES, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação (IBGE, 2002) disponíveis para esta avaliação.

Figura 7. Proporção de nutricionistas e egressos no ano de 2002, por 10 mil habitantes e por estabelecimento de saúde, segundo a região administrativa do País



As tabelas abaixo relacionadas, contidas no caderno de anexos, apresentam dados detalhados sobre os concluintes de Cursos de Graduação em Nutrição no País, no período de 1991 a 2004.

- Número de Concluintes dos Cursos Presencias de Graduação em Nutrição, segundo as Regiões e as Unidades da Federação, Brasil 1991 – 2004.



- Evolução de Concluintes dos Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual de Concluintes dos Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição nas Universidades, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual de Concluintes dos Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição nos Centros Universitários, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual de Concluintes em Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição nas Faculdades Integradas, segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.
- Distribuição Percentual de Concluintes dos Cursos Presenciais de Graduação em Nutrição nas Faculdades Escolas e Institutos segundo a Categoria Administrativa, Brasil 1991 – 2004.

A transição nutricional no Brasil

A formação do nutricionista, como ocorre com os demais profissionais da saúde, para além das competências previstas em grades curriculares, depende da oportunidade da vivência. Como argumenta Costa (1999), “é necessário relacionar fenômenos/fatos/acontecimentos, nesse caso, o nível inadequado de saúde e nutrição da população, além de outros determinantes da qualidade de vida, com o todo com o qual se articulam, na tentativa de ultrapassar a aparência do fenômeno”.

A transição epidemiológica atualmente vigente no País é fruto de mudanças no perfil demográfico e nutricional da população, implicando profundas alterações no padrão de morbi-mortalidade e no estado nutricional em todos os grupos etários e por todo território o nacional (Monteiro, 1995; Gigante et al., 1997; Assis et al., 2000)

Batista Filho & Rissin (2003) relataram que, numa visão simplista, a transição nutricional seria categorizada por quatro etapas: 1ª) desaparecimento do kwashiorkor, forma de desnutrição aguda e grave com alto índice de mortalidade e quase freqüentemente precipitada por uma doença infecciosa de alto impacto patogênico; 2ª) desaparecimento do marasmo nutricional habitualmente associado a doenças infecciosas de duração prolongada; 3ª) aparecimento do binômio sobrepeso/obesidade em escala populacional; 4ª) última etapa da transição se configurando na correção do déficit estatural.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Apesar das taxas decrescentes de mortalidade na população brasileira, não se excluem altas prevalência e incidência de várias doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 1999) de forma que o quadro de morbi-mortalidade atual está associado à alimentação, nutrição e estilo de vida dos brasileiros (WHO, 1997).

Entre os idosos, cuja população vem aumentando a cada década, ocorre o aumento de doenças não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, neoplasias e hiperlipidemias, assim como ocorre com a população adulta que apresenta características semelhantes às de Países desenvolvidos (Assis et al., 2002) e são quadros decorrentes de condições de nutrição e estilo de vida adotado ou imposto pela sociedade.

Assim, na área de nutrição, o crescimento das doenças crônicas associado à convivência já secular com os efeitos da carência de alimentos, exige que o currículo de graduação da carreira se constitua de significados teóricos e práticos revestidos do dinamismo que as modificações no cenário epidemiológico impõem.

Outras demandas importantes referem-se à qualificação dos currículos para abraçar o elevado grau de sofisticação envolvido com o processo de produção de alimentos em escala institucional e industrial.

Na população pré-escolar e escolar, percebe-se um perfil de morbi-mortalidade reduzida em relação aos quadros graves de doenças infecto-parasitárias, embora ainda persistam formas menos graves. Observa-se uma diminuição no quadro de desnutrição energético-proteica (DEP) grave e moderada, porém é alta a frequência do quadro leve. Outra preocupação atual é o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e suas co-morbidades (Assis et al., 2002). Juntamente a estes quadros, percebe-se também alta prevalência de deficiências específicas de micronutrientes, como vitamina A e ferro, repercutindo em altas taxas de hipovitaminose A e anemia ferropriva (Assis et al., 1997; Inan, 1998; Assis et al., 2002).

Incluem-se no grupo de risco nutricional as gestantes com ganho inadequado de peso na gestação, resultando em diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e baixo ganho de peso na gestação, comprometendo a criança.

A PNAN é um marco importante frente à transição epidemiológica referida anteriormente, na inclusão da alimentação e nutrição como requisito básico para promoção e proteção da saúde (SPS, 2000). Esta política está inserida no contexto mais amplo de segurança alimentar e nutricional, que antes estava limitada ao abastecimento em quantidades apropriadas e que atualmente evoluiu incorporando não apenas a quantidade de alimentos necessária à manutenção do estado nutricional adequado da população brasileira, mas também a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, na promoção de



práticas alimentares saudáveis, controle de distúrbios nutricionais e garantia de acesso ao alimento por todos os estratos sociais (SPS, 2000).

A adoção do conceito de segurança, em âmbito mundial e pelo governo brasileiro, facilita a compreensão do papel do setor saúde em relação à alimentação e nutrição. No contexto da segurança alimentar e nutricional, a atuação do setor envolve dois momentos marcadamente importantes, que são:

- Um positivo, viabilizado por meios extra-setoriais, com a participação da sociedade e que transcorre normalmente por meio de ações do setor saúde como a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo.
- Outro crítico, quando existem falhas na oferta, consumo ou padrão de utilização biológica dos alimentos por influências extra-setoriais (deficiência de renda, quebra de produção, intercorrência na oferta) ou setoriais (desinformação, inadequação de hábitos alimentares, ocorrência de doenças e agravos endêmicos ou epidêmicos) que contribuem para a existência de problemas, cabendo ao setor saúde sua solução (SPS, 2000).

Para o propósito da PNAN foram estabelecidas as sete diretrizes essenciais já referidas anteriormente.

As metas para o alcance da última diretriz, relativa ao desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, perpassam todas as demais definidas na PNAN por exigir articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de corpo técnico em quantidade e com qualidade. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação deverá ser viabilizado de maneira a garantir a adequação dos cursos que formam os profissionais da área da saúde, buscando preparar recursos humanos que irão operacionalizar um elenco básico de atividades, entre elas a avaliação de casos; a eleição de beneficiários e seu devido acompanhamento nos serviços locais de saúde; a prevenção e o manejo adequado de doenças que interferem no estado nutricional ou de condições que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de doenças, em particular de natureza crônica não transmissível (SPS, 2000).

Nesse sentido, a aprendizagem por problemas, mesmo destituída dos aspectos formais inerentes a sistemas pedagógicos como os da Pedagogia da Problematização ou da Aprendizagem Baseada em Problemas (Batista Filho et al., 2005), parece indicar o caminho para a qualificação do processo de formação em saúde.

A possibilidade do exercício de práticas que desafiem o educando a articular a percepção da realidade com o conhecimento técnico clássico, é também desafiadora para o docente, ao demandar posturas vanguardistas de tutela e orientação do

processo de ensino e aprendizagem. A quebra do paradigma do ensino convencional estilo “giz e lousa” cria um espaço pouco confortável ao professor se não houver aproximação de sua prática de ensino à realidade que mostrará as demandas sociais que, agora, se constituem no verdadeiro espaço pedagógico.

Para isto, a aproximação da universidade à comunidade em que está inserida, por meio de mecanismos formalmente acordados de parceria, exige projetos arrojados que incorporem as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Entre as demandas sociais que contemplam a inserção do componente nutrição estão outras além daquelas inerentes às áreas clássicas de atuação relativas à Administração de Unidades de Alimentação e Nutrição, Nutrição Clínica e Saúde Pública. A abordagem da problemática nutricional a partir da ótica da Segurança Alimentar, o Programa de Saúde da Família, e em todas as ações do Sistema Único de Saúde – SUS, que contemplem o modelo de atenção que prioriza a prevenção e a promoção à saúde, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e do resultado das intervenções, como defende Assis et al., (2002), não pode prescindir da atuação do nutricionista.

Diante desse marco, o momento atual requer ajustes e releituras dos profissionais e das Instituições para eleger modelos de adequação dos Projetos Político-Pedagógicos – PPP, dos Cursos de Graduação em Nutrição, visando desencadear novas competências para o trabalho.

ENADE-2004. Perfil do aluno de graduação em Nutrição

A predominância do gênero feminino na carreira foi confirmada pelos dados do ENADE. Entre os alunos que fizeram o exame em novembro de 2004, 6,4% dos ingressantes eram do gênero masculino e 93,6% do gênero feminino. Entre os concluintes, 4,2 % eram do gênero masculino e 95,8% do gênero feminino. Há predominância de jovens, uma vez que 78,5% dos ingressantes e 65,2% dos concluintes encontram-se na faixa etária de até 24 anos. Entre os 25 e 29 anos, 10,9% são ingressantes e 21,9% são concluintes. Entre os 30 e 34 anos, 4,5% são ingressantes e 5,8% são concluintes e acima dos 35 anos 6,1% são ingressantes e 7,1% são concluintes.

O estado civil mais prevalente entre os ingressantes (86%) e concluintes (83,3%) foi o solteiro, em segundo lugar estavam os estudantes casados, sendo



11% dos ingressantes e 12,9% dos concluintes. Outras situações encontradas foram 1,6% de separados entre os ingressantes e 2,2% dos concluintes; 0,2% de viúvos em ambos os grupos; 1,1% entre os ingressantes e 1,3% dos concluintes não se encaixavam em nenhum desses grupos e 0,1% de ambos os grupos não informou seu estado civil.

Em relação à etnia, há prevalência de brancos entre ingressantes (76,4%) e concluintes (82,3%), seguida por pardos 17% dos ingressantes e 11,8% dos concluintes, 2,8% dos ingressantes e 1,7% dos concluintes são negros e 2,6% dos ingressantes e 3,2% dos concluintes são de origem oriental; 0,2% de ambos os grupos não informaram sua etnia. A faixa de renda familiar de 1,5% dos ingressantes e 0,7% dos concluintes não foi informada e houve maior prevalência de alunos na faixa de renda entre 3 e 10 salários mínimos tanto para os ingressantes (52,1%) quanto para os concluintes (45,8%). Os alunos nas demais faixas de renda ficaram distribuídos da seguinte maneira: 17,1% dos ingressantes e 10,3% dos concluintes na faixa de até 3 salários mínimos; 19,8% dos ingressantes e 26,4% dos concluintes na faixa entre 10 a 20 salários mínimos; 6% dos ingressantes e 10,3% na faixa de 20 a 30 salários mínimos; e 3,5% dos ingressantes e 6,5% dos concluintes na faixa de mais de 30 salários mínimos.

Em relação à situação ocupacional, 68,5% dos ingressantes e 71,1% dos concluintes não trabalham e dependem da família; 19,1% dos ingressantes e 18,7% dos concluintes trabalham e recebem ajuda da família; 3,8% dos ingressantes e 3,2% dos concluintes trabalham e se sustentam; 7,4% dos ingressantes e 5,9% dos concluintes trabalham e contribuem com a família; e 1,1% dos ingressantes e 1,0% dos concluintes trabalham e são os principais responsáveis pelo sustento da família.

A maioria dos alunos dos cursos de Nutrição, 72,5% dos ingressantes e 69,9% dos concluintes, não recebe bolsa de estudo; 0,7% dos ingressantes e 0,5% dos concluintes não informaram situação de bolsa de estudos. Recebem financiamento estudantil 1,6% dos ingressantes e 9,5% dos concluintes; 17,2% dos ingressantes e 13,6% dos concluintes possuem bolsa integral ou parcial da própria IES. As bolsas oferecidas por entidades externas à IES onde está matriculado o aluno apóiam 3,8% dos ingressantes e 2,8% dos concluintes e 4,2% dos ingressantes e 3,7% dos concluintes recebem outros benefícios. A Tabela 2 retrata a situação de escolaridade dos pais dos alunos dos cursos de Nutrição.

Tabela 2. Escolaridade dos pais de alunos de cursos de graduação em Nutrição. ENADE-2004.

| Escolaridade | Ingressantes | | Concluintes | |
|---------------------|--------------|---------|-------------|---------|
| | Pai (%) | Mãe (%) | Pai (%) | Mãe (%) |
| Nenhuma | 2,0 | 2,0 | 1,2 | 1,2 |
| Fundamental 1ª a 4ª | 20,4 | 17,1 | 18,4 | 16,2 |
| Fundamental 5ª a 8ª | 16,4 | 16,6 | 14,5 | 14,3 |
| Médio | 33,2 | 35,0 | 31,3 | 35,5 |
| Superior | 27,3 | 29,0 | 34,3 | 32,6 |
| Sem-informação | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,1 |

Entre os ingressantes, houve semelhança entre aqueles que cursaram integralmente o ensino médio em escola pública (40,7%) e em escola privada (40,3%), porém existe uma diferença entre os concluintes que cursaram integralmente o ensino médio em escolas públicas (32,2%) e em escolas privadas (48,1%). Entre os que cursaram o ensino médio a maior parte do tempo em escola pública estão 7,5% dos ingressantes e 8,8% dos concluintes, e igual número de ingressantes (6,7%) e concluintes (6,6%) cursaram o ensino médio a maior parte do tempo em escolas da rede privada. Houve também semelhança entre ingressantes (4,8%) e concluintes (4,4%) que cursaram metade do ensino médio em escola pública e metade em escola privada.

Quando perguntados sobre conhecimentos de língua estrangeira, os alunos dos cursos de Nutrição demonstraram maior facilidade com o inglês entre aqueles que referem habilidade para ler, escrever e falar o idioma (Tabela 3). Porém, é preocupante a prevalência de alunos tanto ingressantes quanto concluintes que relataram domínio praticamente nulo de uma língua estrangeira, já que as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Nutrição, no seu art. 4º, Item III, contempla o domínio de pelo menos uma língua estrangeira (CNE/CES, 2001).

Tabela 3. Domínio de língua estrangeira entre alunos de cursos de graduação em Nutrição. ENADE-2004

| Domínio de língua estrangeira | Ingressantes | | Concluintes | |
|-------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Inglês (%) | Espanhol (%) | Inglês (%) | Espanhol (%) |
| Lê, escreve e fala bem | 6,9 | 2,6 | 9,1 | 3,4 |
| Lê, escreve e fala razoável | 26,1 | 14,9 | 27,1 | 11,0 |
| Lê, escreve e não fala | 8,7 | 4,6 | 9,0 | 3,3 |
| Lê, não escreve e não fala | 16,3 | 27,1 | 20,8 | 38,9 |
| Praticamente nulo | 41,6 | 50,5 | 33,9 | 43,3 |
| Sem informação | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |

Os meios de comunicação mais utilizados para atualização são: televisão (ingressantes – 61,5% e concluintes – 61,8%); Internet (ingressantes – 19,0% e concluintes – 20,7%); jornais (ingressantes – 10,1% e concluintes – 8,7%); revistas (6,3%) e rádio (2,4%) para ambos os grupos. Ingressantes (0,6%) e concluintes (0,1%) não informaram.

Em relação à frequência de utilização da biblioteca da IES, 45,4% dos ingressantes e 48,0% dos concluintes utilizam a biblioteca com razoável frequência; 42,6% dos ingressantes e 38,8% dos concluintes utilizam muito frequentemente e 10,7% dos ingressantes e 12,2% dos concluintes utilizam raramente. Entre os ingressantes e concluintes, 0,7% e 0,5%, respectivamente, relataram nunca utilizar a biblioteca. Finalmente, 0,4% entre ingressantes e 0,2% de concluintes não deram essa informação.

Entre os ingressantes e concluintes, 0,3% relataram não ter biblioteca na IES. Este percentual de relatos remete ao fato de que pelo atual sistema de autorização de funcionamento de cursos a não existência de biblioteca numa IES inviabilizaria o funcionamento do curso, indicando uma possível inconsistência desse dado.

Por outro lado, a baixa frequência à biblioteca reitera a necessidade da proposição de mecanismos que valorizem o estudo autônomo, para que o aluno de Nutrição vá mais à biblioteca.

O tempo dedicado aos estudos entre ingressantes e concluintes ficou concentrado entre 1 e 5 horas, mas 38% dos ingressantes e 28,6% dos concluintes

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

estudam entre 1 e 2 horas. Entre os ingressantes (33,3%) e 37,2% dos concluintes dedicam de 3 a 5 horas/dia aos estudos. Entre 6 e 8 horas de estudos 13,2% dos ingressantes e 15,2% dos concluintes. Dedicção de mais de 8 horas de estudo/dia corresponde a 9,0% dos ingressantes e 14,8% dos concluintes. Ingressantes (5,7%) e concluintes (3,6%) relataram apenas assistir às aulas. Neste item, 0,8% dos ingressantes e 0,6% dos concluintes não forneceram a informação.

A maioria dos ingressantes (63,3%) e dos concluintes (36,4%) não participa de outras atividades acadêmicas. Apenas 4,4% dos ingressantes e 10,9% dos concluintes participam de programa de iniciação científica ou tecnológica. Número semelhante (5,9% entre os ingressantes e 10,5% de concluintes) participa em atividades de monitoria. Ingressantes (11,2%) e concluintes (18,9%) participam em projetos de pesquisas conduzidas por professores da própria IES e 14,6% (ingressantes) e 22,7% (concluintes) em atividades de extensão universitária da IES onde estudam. A informação não foi fornecida por 0,7% dos ingressantes e 0,5% dos concluintes.

A maioria dos alunos dos Cursos de Graduação em Nutrição faz uso de microcomputadores e Internet, conforme demonstram os dados da Tabela 4.

Tabela 4. Uso de Internet e computador por alunos de cursos de graduação em Nutrição. ENADE-2004.

| Acesso a computador e Internet | Ingressantes | | Concluintes | |
|--------------------------------|--------------|--------|-------------|--------|
| | SIM(%) | NÃO(%) | SIM(%) | NÃO(%) |
| Acesso à Internet | 93,6 | 5,6 | 96,6 | 3,2 |
| Uso para Trabalhos Escolares | 98,3 | 1,2 | 99,3 | 0,6 |
| Tem Computador em Casa | 72,0 | 27,4 | 85,5 | 14,3 |

Embora a grande maioria de ambos os grupos tenha acesso à Internet e use o computador para elaboração de trabalhos escolares, ainda existem alunos que não dispõem de microcomputadores em suas casas, indicando a necessidade de cuidados das IES em disporem de número suficiente de máquinas com acesso à Internet em seus laboratórios de informática.

Aspectos referentes ao desempenho dos estudantes de Graduação em Nutrição no ENADE-2004 podem ser conhecidos por meio dos relatórios produzidos pelo Inep, disponíveis para consulta pública e enviados às IES, e foram discutidos em documento específico, em fase de publicação (Simonard-Loureiro et al., 2005).



Perspectivas

A história da nutrição no Brasil remonta menos de um século, e se beneficia, ainda, do testemunho de figuras relevantes que conviveram com os principais atores em sua origem.

O material bibliográfico já produzido é um subsídio para a manutenção da memória que contextualiza e situa a inserção do profissional na sociedade e serve como referencial para o aprimoramento de projetos pedagógicos consistentes. Contudo, a rápida evolução sobre o conhecimento na área de nutrição, traz uma tarefa especialmente desafiadora para gestores de cursos de graduação, que são instigados a atualizar e garantir os meios para a constante renovação de arsenal pedagógico, por meio da aquisição freqüente de livros e periódicos, da manutenção de um quadro docente qualificado, da modernização da infra-estrutura e da efetivação de todas as medidas compatíveis com a apropriação das novas tecnologias pelos egressos dos cursos.

Assim entende-se que:

- 1.O aumento do número dos Cursos de Nutrição no Brasil insere-se no panorama do processo de privatização do Ensino Superior, proveniente dos efeitos da Constituição (1988) e da LDB-96;
- 2.Na dimensão acadêmica, percebe-se uma necessidade de incremento da formação e educação permanentes do nutricionista adequadas à transição nutricional e às políticas públicas da área de saúde, o que amplia as condições de empregabilidade e retroalimenta a responsabilidade social das IES;
- 3.Existem distorções na distribuição regional dos profissionais, o que deve ser considerado nas estratégias de criação de Cursos das IES, em consonância com as Diretrizes Curriculares e os critérios de avaliação do MEC, respeitando as disposições previstas num sistema abrangente de avaliação, como o proposto pelo SINAES, com destaque para a participação ativa das IES, por meio dos trabalhos de suas Comissões Próprias de Avaliação (CPA).

Os avanços na área da saúde, especialmente em relação aos Programas de Saúde, como o PNAN e o PSF, entre outros, indicam a necessidade do comprometimento das IES com a formação de profissionais mais atuantes e informados a respeito da real situação da saúde da população brasileira, assim como sobre os fatores que a comprometem, nos diferentes estratos sociais;

A necessidade de maior envolvimento do nutricionista na equipe multiprofissional que busque a qualidade de vida da população exige dos cursos de graduação em Nutrição um maior comprometimento com a formação de profissionais altamente capacitados em atuar com indivíduos e coletividades.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A racionalidade financeira prevalente na sociedade contemporânea em que se inserem importantes mudanças como a LDB não deve camuflar as possibilidades de avanço para a garantia da democratização e da qualificação do Ensino Superior.

Referências

- ASBRAN. **Histórico do nutricionista no Brasil**. 1939 a 1989. Atheneu, São Paulo, 1991. 443 p.
- ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S.M.C.; FREITAS, M.C.S.; SANTOS, J.NM.; SILVA, M.C.M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr.*, v.15, nº 3, p. 255-266. 2002.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl.1, p.181-191. 2003.
- BATISTA, N.; BATISTA, S. H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M.C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.39, nº 2, p. 231-237. 2005.
- BERMUDEZ, O.I; TUCKER, K.L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.1, p. 87-99. 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 10.172 de 9 de janeiro de 2001. Institui o Plano Nacional de Educação.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. 2001.
- BRASIL. Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES.
- CALADO, C.L.A. A expansão dos Cursos de Nutrição no Brasil e a nova Lei de Diretrizes e Bases – LDB. Disponível em www.cfn.org.br/variavel/destaque/expansao.doc. Acesso em 22 de fevereiro. 2006.
- CFN. Histórico do CFN. *Jornal do CFN*, v.1, n.4, p.2-4, encarte comemorativo. Brasília, 1999.
- _____. Pesquisa aponta focos para atuação do Sistema CFN/CRN. *Revista CFN*, ano IV, n. 16, p.6-7. maio/agosto, 2005.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

_____. Resolução nº 358/2005 de 18 de maio de 2005. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências.

_____. **Quadro estatístico 4 trimestre/2002**. Disponível em www.cfn.org.br/variavel/destaque/quadro_estatistico_4_trimestre.xls. Acesso em 22 de fevereiro. 2006.

_____. CFN traça o perfil do nutricionista no Brasil. Disponível em: www.cfn.org.br/revista/revista9/pesquisa.htm. Acesso em 22 de fevereiro. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO; CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CNE/CES). Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição.

COSTA, N.M.S.C. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Rev. Nutr.**, v.12, n.1, p.5-19. 1999.

CUNHA, L.A. Higher education under the Cardoso administration (1995-2002). **Educ. Soc.**, v. 24, nº 82, p. 37-61. 2003.

GIGANTE, D.P., BARROS, F.C., POST, C.L.A., OLINTO, M.T.A. Prevalência da obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de assistência médico-sanitária 1976/2002**. Brasília, 2002.

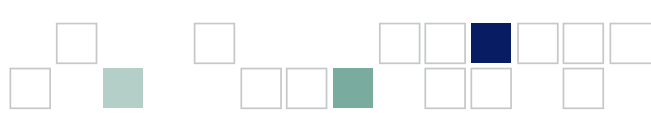
MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. 359 p.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M.. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, nº 3, p. 303-311. 2001.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, nº 1, p. 104-108. 2000.

SIMONARD-LOUREIRO, H.M, PEDROSA, L.F.C; VELOSO NAVES, M.M, TUMA, R.B.; DOMENE, S.M.A., HERRMANN, S.M. **Análise crítica do ENADE-2004**. Relatório Técnico. Brasília, 2005.

SOUZA, D.B.; FARIA, L.C.M. **Reforma do estado, descentralização e municipalização do ensino no Brasil: a gestão política dos sistemas públicos de ensino pós-LDB 9.394/96**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., v. 12, nº 45, p. 925-944. 2004.



VASCONCELOS, F.A.G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.**, v. 15, n.º 2, p. 127-138. 2002.

VILLAR, M.H.; SILVA, M.F.; TUMA, R.B.; ROTENBERG, S.; YPIRANGA, L. **Atuação do nutricionista no Brasil**. Relatório Técnico CFN, Brasília, março de 1997.

YPIRANGA, L.; GIL, M.F. Formação profissional do nutricionista: por que mudar? In: CUNHA, D.T.O., YPIRANGA, L., GIL, M.F. (Org.). **II Seminário Nacional sobre o ensino de nutrição**. Goiânia: FEBRAN, 1989. p. 20-36.

Alfredo Julio Fernandes Neto

Doutor em Reabilitação Oral, docente da Universidade Federal de Uberlândia.

Antonio Cesar Perri de Carvalho

Doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, docente da Universidade de Brasília.

Leo Kriger

Mestre em Odontologia e Saúde Coletiva, docente da PUC Paraná e Universidade Tuiuti do Paraná.

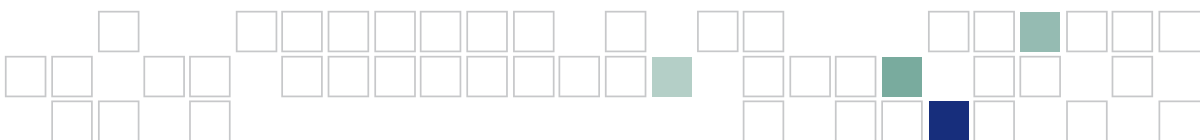
Maria Celeste Morita

Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia, docente da Universidade Estadual de Londrina/UNOPAR.

Orlando Ayrton de Toledo

Doutor em Odontologia Pediátrica, docente da Universidade de Brasília.

ODONTOLOGIA



Introdução

O ensino odontológico no Brasil e na América Latina em geral pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. Na fase artesanal, desenvolvida de forma empírica nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi assinalada pela implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia, e depois pelo reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Nas últimas décadas do século XX surgiram as preocupações de introdução das matérias da área de humanidades no currículo odontológico.

O primeiro curso de Odontologia no Brasil foi criado em 1884, junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Seguiram-se muitos outros cursos instalados no final do século XIX e início do século XX. Todavia, as primeiras políticas para o ensino de Odontologia foram delineadas em meados do século XX.

Políticas para o ensino de Odontologia

De grande importância no impulsionamento de propostas inovadoras no ensino de Odontologia foi a criação da ABENO. No ano de 1956, em reunião ocorrida em Poços de Caldas-MG, fundou-se a Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO, incentivada pela CAPES, que integrou Comissão mista com o Serviço Especializado de Saúde Pública – SESP e a International Cooperation Administration e com a participação de membros da Comissão Especial de Reforma do Ensino Odontológico, nomeada pelo ministro da Educação. De imediato, a Associação implementa um programa de bolsas em convênio com a CAPES, para estágios de docentes nas Faculdades brasileiras e para estágios nos Estados Unidos. Em seguida, foram desenvolvidos os convênios tripartites CAPES-ABENO-Fundação Kellogg. A ABENO defendia o ensino integrado e se preocupava com a atuação docente. Por solicitação do Governo Federal, e ouvida a ABENO, a CAPES constituiu uma Comissão para apresentar sugestões para a “melhoria das condições do ensino odontológico no Brasil” que, em 1961, propôs a ampliação do currículo odontológico mínimo para quatro anos, agrupamento de disciplinas em departamentos para permitir o entrosamento de disciplinas afins e o “estudo orientado” com o objetivo de aproveitar o tempo do estudante. Apoiado nas sugestões desse Grupo de Trabalho da ABENO, passa-se a defender um “currículo mínimo” e a organização do calendário escolar em atendimento à então recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.



A expansão dos cursos de Odontologia privados foi efetivada no período em que se defendeu um amplo processo de interiorização de faculdades, notadamente nas áreas de humanidades e, especificamente, das licenciaturas. Essa interiorização se deve, antes de mais nada, à política educacional vinculada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em fins de 1961. Além da liberalização do processo de instalação de faculdades, a nova legislação previu um amparo legal e financeiro à iniciativa privada no campo do ensino. Daí a maior expansão de faculdades ter se verificado na rede particular. Na prática, o critério do mercado de trabalho foi ignorado. A expansão dos cursos de Odontologia já era uma preocupação da então nascente Associação Brasileira de Ensino Odontológico.

Nos anos 70, a criação da disciplina de Clínica Integrada gerou intensas discussões. Esta finalmente foi introduzida no currículo com a regulamentação de 1982, após discussões e articulações promovidas pela ABENO.

Com o objetivo de delinear o ensino da Odontologia em nosso País, o Conselho Federal de Educação estabeleceu, com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, visando à formação de um profissional generalista, e determinou um mínimo de carga horária de 3.600 horas e de 8 semestres de duração do curso. Na oportunidade, foram introduzidas matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. No entanto, a introdução dessas matérias gerou questionamentos, sendo muitas vezes consideradas “perfumarias” ante as necessidades da formação técnica do profissional. A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade.

A Lei nº 9.394, de 29/2/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em síntese, introduz: o processo nacional de avaliação; a elaboração de proposta pedagógica; a ampliação de dias letivos; a limitação do prazo de validade para reconhecimento do curso; o mecanismo de renovação de reconhecimento de curso; obrigatoriedade dos cursos informarem seus programas, qualificação docente, recursos disponíveis e critérios de avaliação; estímulo à qualificação docente; extinção do Currículo Mínimo e a proposta de Diretrizes Curriculares.

Desde 2002, encontram-se em vigência as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia (Brasil, 2002) e estas devem fundamentar o planejamento do curso de graduação de Odontologia.

As Diretrizes Curriculares Nacionais definem o objetivo do curso de Odontologia e que o currículo tem base nacional comum, a ser complementado pelas Instituições de Ensino Superior, com uma parte diversificada capaz de



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

refletir a experiência de cada instituição e as imposições do quadro regional em que se situa. As Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de profissional crítico, capaz de “aprender a aprender”, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social. Com relação à instituição formadora, esta deve estar aberta às demandas sociais, capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças.

As Diretrizes Curriculares Nacionais definem também seu objeto e propõem como perfil do profissional a ser formado: “profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes”. Entendemos necessário o desdobramento desse conceito e adequá-lo, em seus detalhes, ao estudante que receberá a formação específica no curso, como preparação para a atuação profissional. Essa atuação, com produtividade e qualidade, não se restringirá aos grandes centros urbanos, mas também aos pequenos, seja como autônomo, como prestador de serviços em convênios, clínicas privadas, equipes multidisciplinares e na rede pública.

As diretrizes caracterizam as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas no curso, com base em sugestões da Organização Mundial de Saúde, do Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Nupes, da ABENO e da Comissão de Especialistas da SESu (Perri de Carvalho, A.C., Fernandes Neto, A.J., Madeira, M.C. 1998). Entre as competências e habilidades, o graduando de Odontologia deve colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico; identificar as afecções bucomaxilofaciais prevalentes; desenvolver raciocínio lógico e análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamento adequados; realizar a promoção e manutenção da saúde; comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral, dentro de preceitos ético-legais; trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; planejar e administrar serviços de saúde coletiva; acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão. Os conteúdos caracterizadores, à vista do desenvolvimento das competências e habilidades, deverão ter como objeto de trabalho as matérias de formação básica, profissionalizante e social. Essas matérias constituir-se-ão em um núcleo comum a todos os cursos de Odontologia.

As matérias de formação básica incluirão as de formação geral e as ciências sociais. Aqui se incluem as chamadas linguagens básicas, como português, inglês instrumental, espanhol nas áreas de influência do Mercosul e informática.



A formação social ou humanística e ética será adquirida através do oferecimento de disciplinas de cunho social, mas também por meio de conteúdo programático das demais disciplinas, pois o corpo docente deve estar engajado no processo educacional.

A formação profissionalizante deverá ser adequada às realidades em que atuará o profissional e com espírito crítico e aberto para eventual absorção de tecnologias, sem ênfase apenas para tecnologias sofisticadas. O ensino técnico objetivará competências e destrezas necessárias ao exercício profissional. A clínica por disciplinas poderá ter seu lugar, mas haverá ênfase de ensino em clínica integral, em clínica odontológica, clínica extramuros na região e fora da região, serviço de urgência e clínica de férias.

O estágio dos estudantes foi definido pelo Decreto nº 87.497, de 18 de agosto de 1982, que regulamenta a Lei nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977. O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é de competência das Instituições de Ensino. Estas poderão recorrer aos serviços de integração entre instituições públicas e privadas, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade e governo, mediante convênios devidamente acordados em instrumento jurídico. As Diretrizes Curriculares Nacionais estipulam que 20% da carga horária plena do curso deve se caracterizar como estágio supervisionado.

O conceito atual de estágio supervisionado para a Odontologia foi elaborado em reuniões da ABENO e a integração de matérias tem aí em um momento significativo: “O estágio supervisionado é o instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área. Ele deve, também, ser entendido como o atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta à comunidade, intra e extramuros. O aluno pode cumpri-lo em atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados” (ABENO, 2004). Este tem o objetivo de fomentar a relação ensino e serviços, ampliar as relações da universidade com a sociedade e colocar o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais.

No final do século XX viveu-se uma situação inédita no Ensino Superior brasileiro com a implementação pelo MEC do processo de avaliação dos cursos de graduação. A medida viabilizou-se com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 9.394, de 20 de fevereiro de 1996), e com a Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, que estabeleceu que fossem realizadas avaliações periódicas das instituições e dos cursos de graduação e, pelo Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001, que dispõe sobre a organização do Ensino Superior, a avaliação de cursos e instituições.



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Os cursos de Odontologia ingressaram no Exame Nacional de Cursos, popularmente chamado de “provão”, no ano de 1997. No ano seguinte, todos os cursos foram visitados por Comissões Verificadoras para se realizar a avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação de Odontologia. Iniciou-se processo de estímulo à auto-avaliação, prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais, e os resultados de avaliações, conforme a dependência administrativa da instituição, a instâncias estaduais e federais, e eventualmente de outras avaliações externas.

Com a edição da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que estabelece o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, ocorreram mudanças no processo de avaliação do Ensino Superior, incluindo a criação do ENADE, revisão da avaliação das condições de ensino e criação das Comissões Próprias de Avaliação, para coordenar a realização de avaliação interna nas IES. O ENC foi substituído pelo ENADE, realizado pelos alunos de cursos de Odontologia em 2004.

A formação em Odontologia de 1991 a 2004

A exploração de dados contidos em diversos bancos de coleta dos Ministérios de Educação e da Saúde constitui-se como uma oportunidade de compreensão da evolução da Formação em Odontologia de 1991 a 2004. Além disso, visa também disseminar o uso de dados secundários sobre saúde e educação.

Foram explorados os bancos do Censo da Educação Superior, do Cadastro da Educação Superior, questionário pesquisa do ENADE e DATASUS, entre outros. A utilização dessas fontes, como rico patrimônio a ser apreendido pela sociedade brasileira, não tem a pretensão de produzir uma análise exaustiva, reconhecendo que os diferentes períodos e objetivos de obtenção dos dados são também limitadores para o aprofundamento da análise.

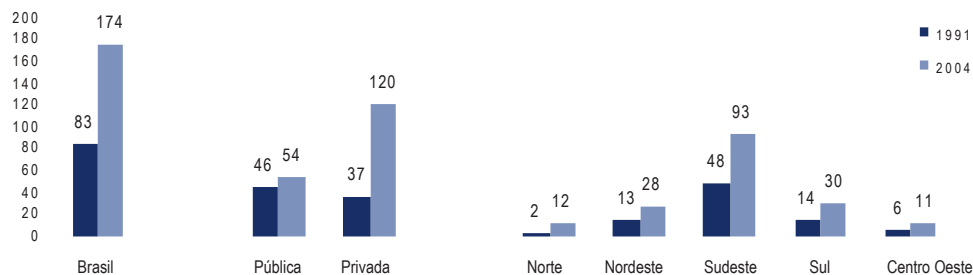
Cursos de graduação em Odontologia: vagas ofertadas, ingressantes, matriculados, candidatos e concluintes

O número de cursos de graduação em Odontologia no Brasil evoluiu de 83, em 1991, para 174 em 2004, constituindo um crescimento de 109,64%. A distribuição por natureza jurídica das instituições e por regiões geográficas do Brasil é apresentada na Tabela 1 e Gráfico 1. Destaca-se o crescimento de 224,39% nas instituições privadas e da Região Norte com 500%, seguido pelas Regiões Nordeste com 115,38% e Sul com 114,28% e com menor crescimento a Região Centro-Oeste, com 83,33%.

Tabela 1. Número de cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|--------|-------------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 83 | 46 | 37 | 2 | 13 | 48 | 14 | 6 |
| 2004 | 174 | 54 | 120 | 12 | 28 | 93 | 30 | 11 |
| Δ% | 109,64 | 17,39 | 224,32 | 500 | 115,38 | 93,75 | 114,28 | 83,33 |

Gráfico 1. Cursos de graduação em Odontologia em 1991 e 2004, por natureza jurídica e por região do Brasil



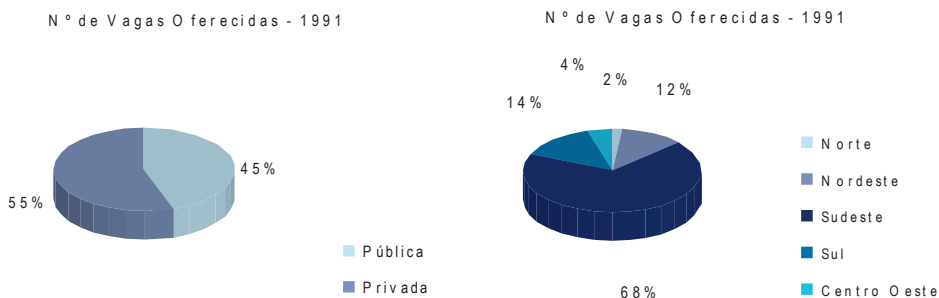
A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

O número de vagas oferecidas por processo seletivo nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil, passa de 7.315 em 1991 para 15.733 em 2004, apresentando um crescimento de 115%. A distribuição de vagas por natureza jurídica das instituições e regiões geográficas do Brasil está apresentada na Tabela 2 e Gráfico 2. Nota-se um crescimento de 195,88% nas instituições privadas e em especial das vagas oferecidas por processo seletivo na Região Norte com 793,31%, seguido pelas Regiões Centro-Oeste com 241,60% e Nordeste com 174,10% e com menor crescimento a Região Sudeste, com 74,40%:

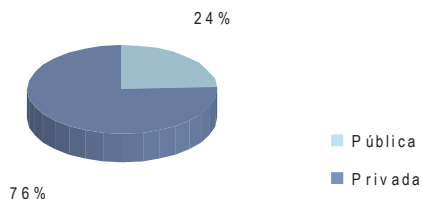
Tabela 2. Vagas oferecidas por processo seletivo nos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|--------|-------------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 7.315 | 3.279 | 4.036 | 120 | 848 | 4.979 | 1.046 | 322 |
| 2004 | 15.733 | 3.791 | 11.942 | 1.072 | 2.324 | 8.683 | 2.554 | 1.100 |
| Δ% | 115,1 | 15,61 | 195,88 | 793,30 | 174,10 | 74,40 | 144,20 | 241,60 |

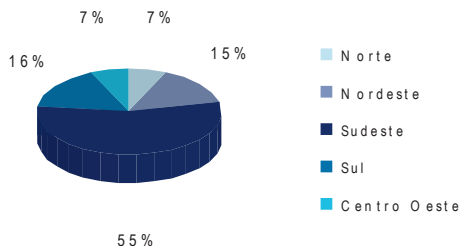
Gráfico 2. Vagas oferecidas na graduação em Odontologia por natureza jurídica e por região em 1991 e 2004 no Brasil



Nº de Vagas Oferecidas - 2004



Nº de Vagas Oferecidas - 2004

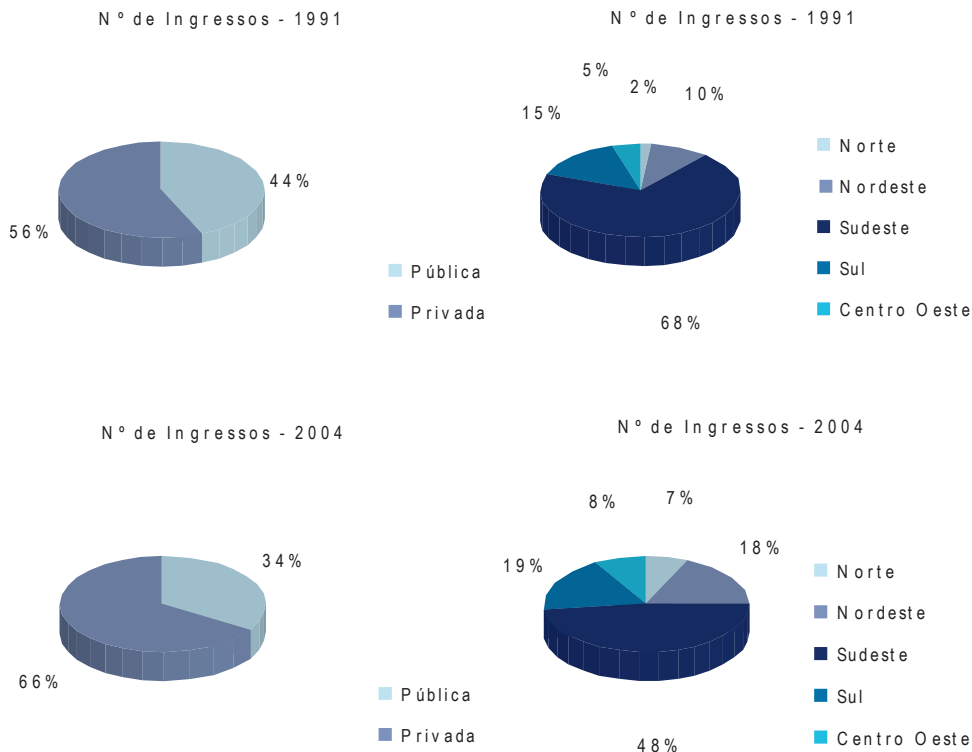


O número de ingressos nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil, passa de 7.087 em 1991 para 10.703 em 2004, apresentando um crescimento de 51,02%. A distribuição por natureza jurídica das instituições e regiões geográficas do Brasil é apresentada na Tabela 3 e Gráfico 3. Destaca-se o crescimento de 76,83% nas instituições privadas e da Região Norte com 517,50%, seguido pelas Regiões Nordeste com 179,53% e Centro-Oeste com 176,01% e com menor crescimento a Região Sudeste, com 4,43%:

Tabela 3. Número de ingressos nos cursos presenciais de graduação de Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|--------|-------------------|---------|---------|----------|---------|-------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 7.087 | 3.089 | 3.998 | 120 | 689 | 4.916 | 1.041 | 321 |
| 2004 | 10.703 | 3.633 | 7.070 | 741 | 1.926 | 5.134 | 2.016 | 886 |
| Δ% | 51,02 | 17,61 | 76,83 | 517,50 | 179,53 | 4,43 | 93,65 | 176,01 |

Gráfico 3. Ingressantes na graduação em Odontologia por natureza jurídica e por região em 1991 e 2004 no Brasil

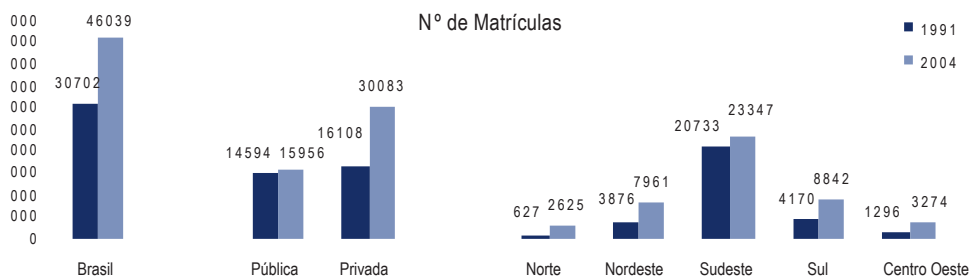


O número de matrículas nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil evoluiu de 30.702 em 1991 para 46.039 em 2004, apresentando um crescimento de 49,95 %, cuja distribuição por natureza jurídica das instituições e regiões geográficas do Brasil está na Tabela 4 e Gráfico 4. Destaca-se o crescimento de 86,75% nas instituições privadas e da Região Norte com 318,66%, seguido pelas Regiões Centro-Oeste com 152,62% e Sul com 112,03% e com menor crescimento a Região Sudeste, com 12,60%.

Tabela 4. Número de matrículas nos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|--------|-------------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 30.702 | 14.594 | 16.108 | 627 | 3.876 | 20.733 | 4.170 | 1.296 |
| 2004 | 46.039 | 15.956 | 30.083 | 2.625 | 7.961 | 23.347 | 8.842 | 3.274 |
| Δ% | 49,95 | 9,33 | 86,75 | 318,66 | 105,39 | 12,60 | 112,03 | 152,62 |

Gráfico 4. Matrículas na graduação em Odontologia por natureza jurídica e por região em 1991 e 2004 no Brasil



O número de candidatos inscritos no processo seletivo dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil reduziu de 118.162 em 1991 para 69.517 em 2004, mostrando um decréscimo de 41,2 %. A distribuição por natureza jurídica das instituições e por regiões geográficas do Brasil está apresentada na Tabela 5 e Gráfico 5. A maior redução (58,42) se deu nas instituições privadas e na Região Sudeste com 62,10%, seguido pelas Regiões Sul com 19,80% e Centro-Oeste com 11,70%. A exceção a esta tendência é observada pelo crescimento do número de candidatos inscritos por processo seletivo na Região Norte (230,60%), guardando relação com o crescimento de cursos.

Gráfico 5. Candidatos inscritos na graduação em Odontologia por natureza jurídica e por região em 1991 e 2004 no Brasil

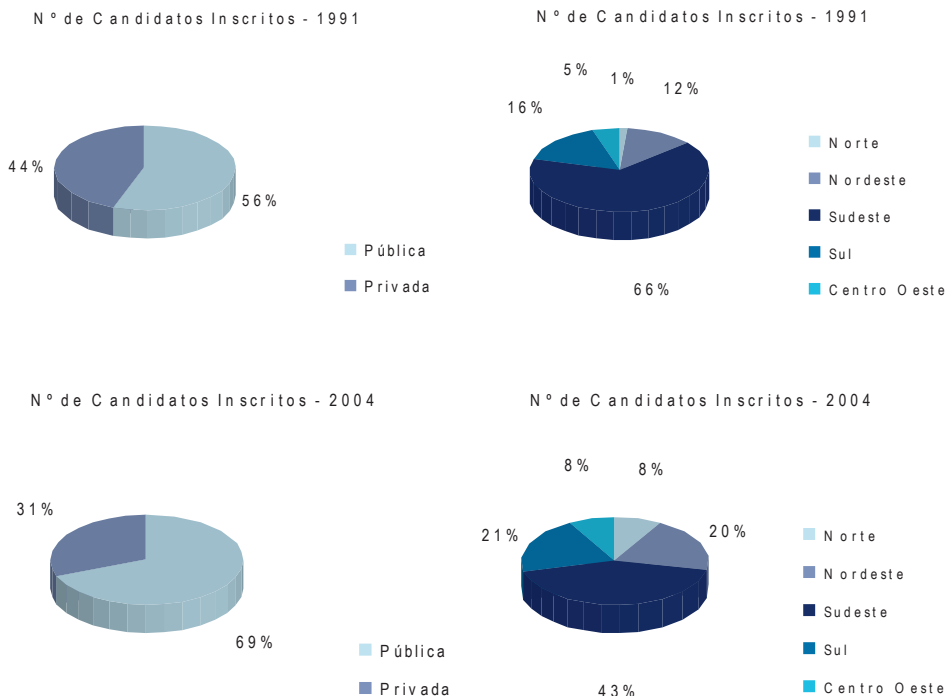


Tabela 5. Número de candidatos inscritos no processo seletivo dos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|---------|-------------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 118.162 | 65.596 | 52.566 | 1.741 | 14.367 | 77.408 | 18.591 | 6.055 |
| 2004 | 69.517 | 47.659 | 21.858 | 5.755 | 14.200 | 29.308 | 14.909 | 5.345 |
| Δ% | -41,17 | -27,34 | -58,42 | 230,56 | -1,16 | -62,14 | -19,80 | -11,73 |

O número de concluintes nos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil passa de 6.089 em 1991 para 9.056 em 2004, com um crescimento de 48,72 %. As distribuições por natureza jurídica das instituições e por regiões geográficas do Brasil estão apresentadas na Tabela 6. Observa-se o crescimento de 112,40% de concluintes nas instituições privadas e a redução de 9,40% nas públicas. Em ordem crescente a evolução do período se deu na Região Centro-Oeste com 194,00%, seguido pelas Regiões Sul com 98,50% e Nordeste com 86,40% e com menor crescimento a Região Sudeste, com 25,10%.

Tabela 6. Número de concluintes nos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Natureza Jurídica | | Regiões | | | | |
|------|--------|-------------------|---------|---------|----------|---------|-------|--------------|
| | | Pública | Privada | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1991 | 6.089 | 3.204 | 2.885 | 165 | 698 | 4.198 | 845 | 183 |
| 2004 | 9.056 | 2.928 | 6.128 | 288 | 1.301 | 5.252 | 1.677 | 538 |
| Δ% | 48,72 | -9,40 | 112,40 | 74,50 | 86,40 | 25,10 | 98,50 | 194,00 |

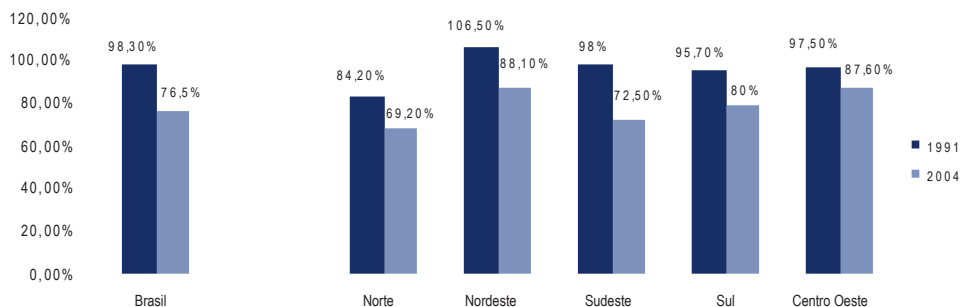
O número de concluintes em relação ao número de ingressantes cinco anos antes dos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil decresceu de 98,3% em 1995 para 76,5% em 2004, caracterizando uma evasão de 22,17%, cuja distribuição por regiões geográficas do Brasil está demonstrada na tabela – 07, com destaque para a evasão da região Sudeste de 26,02%, seguido pelas Regiões Norte com 17,81% e Nordeste com 17,27% e com menor evasão a região Centro-Oeste, com 10,15%

Neste tópico é importante destacar a redução em torno de 10% dos concluintes nas instituições públicas, evidenciando uma evasão que merece uma análise mais acurada, já que nas instituições privadas este fato não ocorreu.

Tabela 7. Número de concluintes em relação ao número de ingressantes cinco anos antes dos cursos presenciais de graduação em Odontologia no Brasil

| | BRASIL | Regiões | | | | |
|------|--------|---------|----------|---------|-------|--------------|
| | | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
| 1995 | 98,3% | 84,2 | 106,5 | 98,0 | 95,7 | 97,5 |
| 2004 | 76,5% | 69,2 | 88,1 | 72,5 | 80,0 | 87,6 |
| Δ% | 22,17 | 17,81 | 17,27 | 26,02 | 16,40 | 10,15 |

Gráfico 6. Percentual de concluintes em relação aos ingressantes cinco anos antes, na graduação em Odontologia por região em 1991 e 2004 no Brasil



A partir da análise dos dados apresentados, vale ressaltar que:

O expressivo aumento do número de cursos de graduação em Odontologia e do número de vagas oferecidas nos mesmos (115,1%), não foi proporcional aos números de ingressantes (51,02%), de matrículas (49,95%) e de concluintes (48,72%), mesmo considerando que alguns cursos novos ainda não graduaram a primeira turma.

A maior expansão do número de cursos (224,32%) e vagas oferecidas (195,88%) se deu nas instituições de ensino privadas, contra o crescimento de 17,39% do número de cursos e 15,61% das vagas nas instituições públicas de ensino.

Observa-se ainda uma significativa redução de 41,17%, no número de candidatos inscritos nos processos seletivos dos cursos, e um aumento de 22,17% na evasão dos mesmos.

Distribuição dos cursos de Odontologia nas regiões brasileiras

Embora os cursos de Odontologia tenham apresentado um crescimento da ordem de 109%, saindo de 83 cursos em 1991, chegando a 174 em 2004, segundo o Censo de Educação Superior (CES), esse crescimento não foi uniforme. A distribuição dos cursos é bastante desigual entre as regiões, sendo que a Região Sudeste detém 58% dos cursos. Considerando a idade de 18 a 24 anos, as Regiões Sudeste e Sul apresentam 41% e 13 % respectivamente da população brasileira, entretanto detêm 71% dos cursos de Odontologia do Brasil. A distribuição desigual parece se manter em proporcionalidade nos anos de 1991 e 2004, conforme pode ser observado nos Gráficos 7 e 8.

Gráfico 7. Cursos de graduação em Odontologia por região em 1991 no Brasil

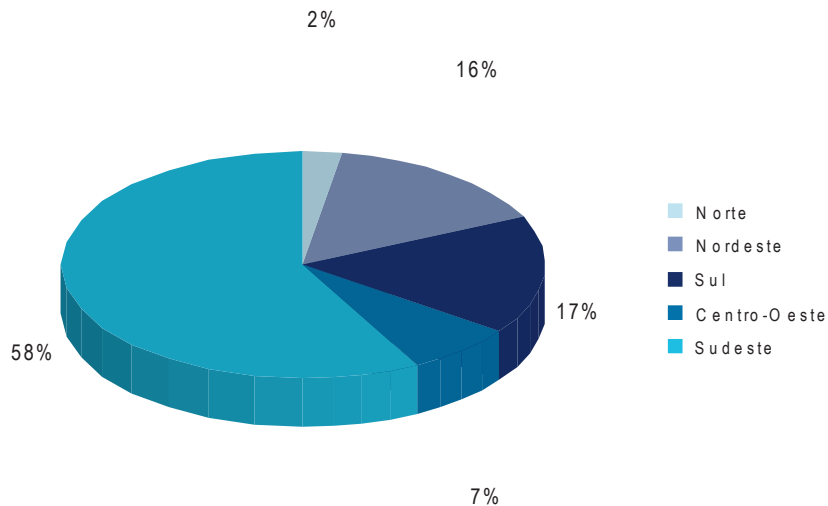
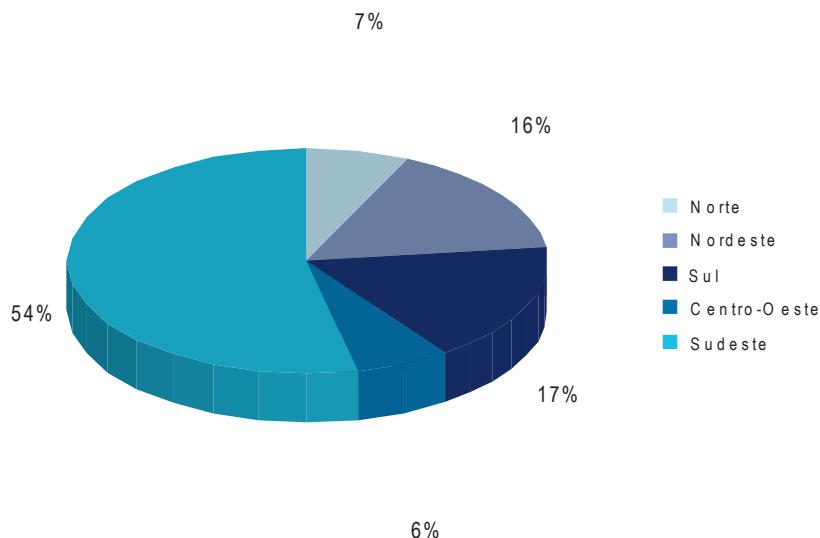


Gráfico 8. Cursos de graduação em Odontologia por região em 2004 no Brasil



A incongruência entre a população que potencialmente poderia ingressar nos cursos de Odontologia e o número de cursos alinha-se a outros indicadores de desigualdades sociais. Considerando o IDH 2004, a renda per capita e a taxa de anos de escolarização, as Regiões Sudeste e Sul são as que apresentam os melhores indicadores e as maiores oportunidades de Ensino Superior na área no País. No extremo oposto encontram-se as Regiões Norte e Nordeste. A Região Centro-Oeste tem seus indicadores fortemente influenciados por valores do Distrito Federal.

O crescimento do número de cursos segue tendência inversa na razão de candidatos/vagas no mesmo período, como pode ser observado nos Gráficos 9 e 10. A Região Sudeste tem sido a que apresenta as mais baixas razões candidato/vaga, contrastando com a procura crescente dos cursos da Região Norte.

Gráfico 9. Vagas oferecidas em Odontologia por região em 1991 no Brasil

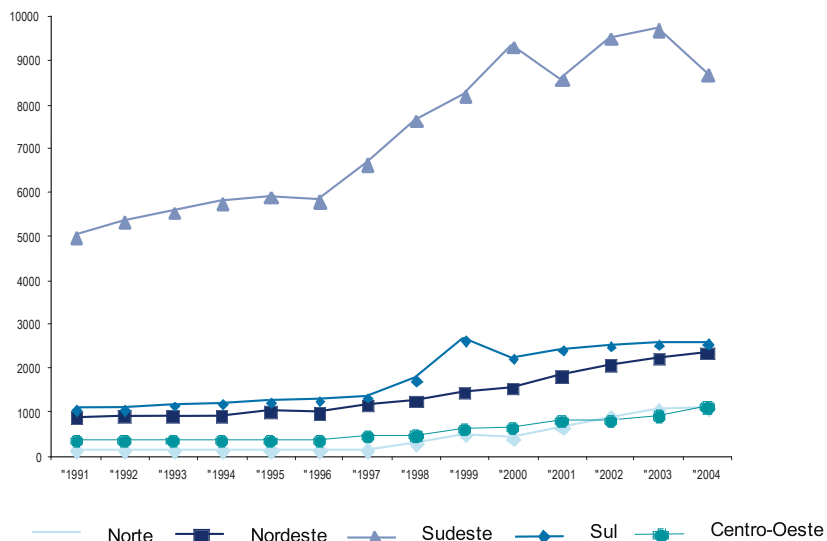
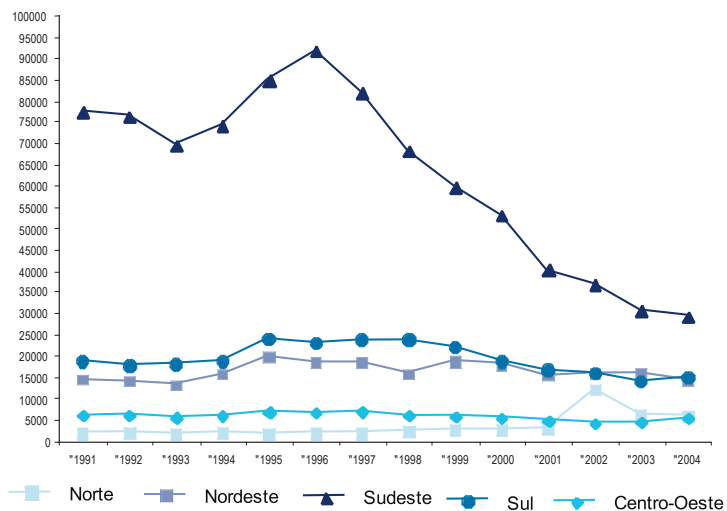


Gráfico 10. Candidatos inscritos em Odontologia por região em 1991 no Brasil



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Considerando-se o número de concluintes por Região, em 1991 e 2004, apresentado na Tabela 6, observa-se a tendência ao aumento da concentração regional, embora aspectos ligados à migração interna devam ser considerados. Na realidade, a inserção profissional se dará em diferentes unidades da Federação, embora prevaleça o desequilíbrio regional, como pode ser observado na Tabela 10. As Regiões Sudeste e Sul concentram cerca de 76% dos 205.830 dentistas brasileiros, dos quais 54% são do sexo feminino.

Tabela 10. Número de inscrições ativas no Conselho Federal de Odontologia por unidade federativa, Brasil 2006

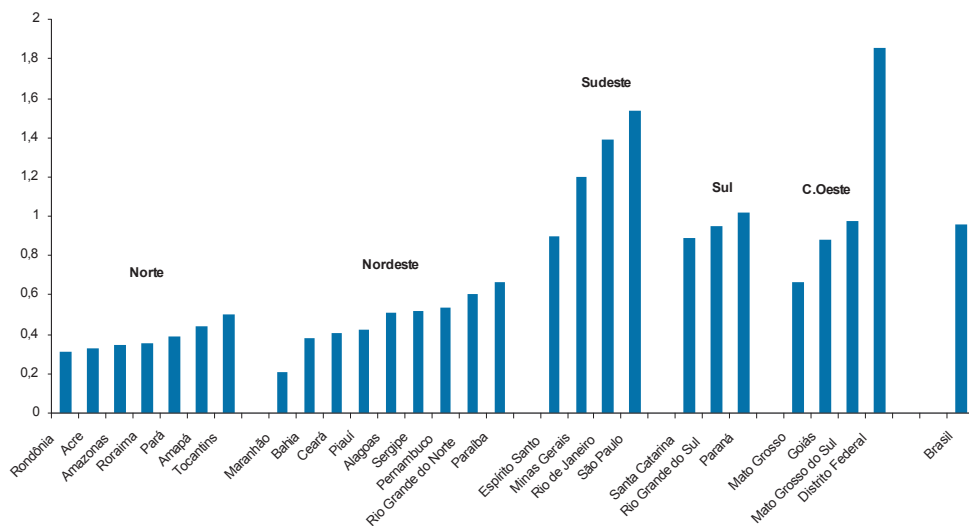
| Estado | Inscrição Ativa |
|---------------------|-----------------|
| Acre | 333 |
| Alagoas | 1.724 |
| Amapá | 266 |
| Amazonas | 1.472 |
| Bahia | 6.552 |
| Ceará | 4.065 |
| Distrito Federal | 4.878 |
| Espírito Santo | 3.778 |
| Goiás | 6.350 |
| Maranhão | 1.708 |
| Mato Grosso | 2.728 |
| Mato Grosso do Sul | 2.598 |
| Minas Gerais | 25.745 |
| Pará | 2.679 |
| Paraíba | 2.728 |
| Paraná | 13.082 |
| Pernambuco | 5.288 |
| Piauí | 1.485 |
| Rio Grande do Norte | 2.192 |
| Rio Grande do Sul | 12.165 |
| Rio de Janeiro | 24.659 |
| Rondônia | 872 |
| Roraima | 213 |
| Santa Catarina | 6.929 |
| São Paulo | 69.109 |
| Sergipe | 1.165 |
| Tocantins | 1.067 |
| Total | 205.830 |

Distribuição de dentistas no Brasil, por região e UF

A relação de dentistas por habitantes é freqüentemente citada segundo parâmetros de comparação internacional. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde não estabelece nenhum valor como sendo desejável ou ideal, uma vez que a distribuição de profissionais é fortemente influenciada por fatores locais como fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos (World Health Organization, 2000).

Assim, a análise que se segue tem como base os dados cadastrados no DATASUS e tem por objetivo facilitar a comparação entre as regiões brasileiras. Analisando a distribuição de cirurgiões-dentistas por 1.000 habitantes (CD/1000) apresentada no Gráfico 11, pode-se observar uma grande variação regional, seguindo a seguinte ordem: a região de maior concentração de profissionais é a Sudeste, seguida da Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Norte. A maior relação é apresentada no Distrito Federal, o que tende a elevar artificialmente a média da região. Se o valor de CD/1000 do Distrito Federal fosse retirado do cálculo, a média da região seria inferior à observada na Região Sul. O padrão emergente parece seguir o da distribuição da renda per capita brasileira.

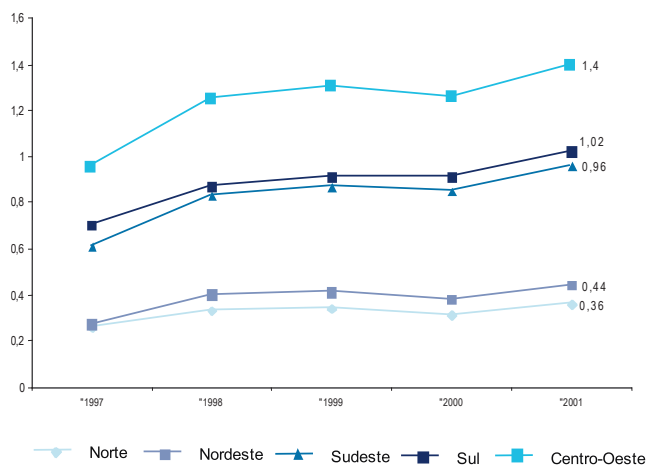
Gráfico 11. Razão do número de dentistas por 1.000 habitantes por região em 2001, Brasil



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

A razão de CD por 1.000 habitantes aumentou de 1997 a 2001, mantendo o mesmo padrão de desequilíbrio entre as regiões, como pode ser observado no Gráfico 12.

Gráfico 12. Razão de dentistas por mil habitantes por região de 1997 a 2001, no Brasil



Considerando os valores apresentados, na busca de uma distribuição mais uniforme entre as regiões brasileiras, as Regiões Sudeste e Centro-Oeste teriam que redistribuir seus profissionais para as Regiões Norte e Nordeste. Para atender a uma distribuição melhor das oportunidades de ingresso nessa carreira, que acompanha também os dados de distribuição de CD/1000 habitantes, pressupõe-se o estímulo ao crescimento do número de cursos e de fixação profissional na Região Norte e redução de cursos na Região Sudeste.

Perfil do aluno ingressante e concluinte de odontologia

A análise dos dados do questionário socioeconômico, do ENADE 2004, permitiu a elaboração de um breve perfil do aluno de Odontologia do Brasil, comparando-se as respostas de ingressantes e concluintes. A síntese das questões selecionadas para análise é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil do aluno de Odontologia

| | Ingressantes | Concluintes |
|--|--------------|-------------|
| Idade: 20 a 24 anos | 51,3% | 67,6% |
| Sexo: feminino | 63,3% | 65,3% |
| Estado civil: solteiro | 93,3% | 91,7% |
| Etnia: branco | 77,6% | 83,7% |
| Renda familiar: 3-10 Salários mínimos | 37,5% | 31,5% |
| 1-20 Salários mínimos | 27,2% | 28,8% |
| Situação ocupacional: não trabalha | 71,1% | 71,9% |
| Bolsa de estudo/financiamento: nenhuma | 82,7% | 72,7 |
| Escolaridade de pai : Superior | 50% | 52,7% |
| Escolaridade de mãe: Superior | 47,8% | 50,7% |
| Origem do curso médio: escola privada | 60,2% | 66,4% |
| Conhecimento do idioma Inglês: Lê, escreve e fala razoavelmente | 33,8% | 33,3% |
| Conhecimento do idioma espanhol: praticamente nulo | 40,9% | 44,6% |
| Meio de atualização: televisão | 64,2% | 71% |
| Utilização da biblioteca: muito freqüentemente | 49% | 23,5% |
| Fonte de pesquisa: acervo da biblioteca da minha instituição | 67,3% | 60,9% |
| Horas de estudo por semana: 3 a 5 horas | 35,2% | 34% |
| Outras atividades acadêmicas: monitorias | 9,3% | 30,4% |
| extensão | 15,6% | 26,9% |
| Acesso à Internet | 95,6% | 95,2% |
| Computador em casa | 74% | 75% |



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Os alunos matriculados nas diversas IES do País provêm, em sua maioria, de famílias com renda familiar entre 3 e 30 salários mínimos. O maior percentual pertence a famílias de 3 a 10 salários mínimos, 37,5% entre os ingressantes e 31,5% entre os concluintes. Outra faixa de renda significativa é a de 10 a 20 salários mínimos, com 27,2% dos ingressantes e 28,8% dos concluintes. Na faixa de mais de 30 salários mínimos situam-se 10,1% dos iniciantes e 14,6% dos concluintes.

Apesquisa mostrou também que 88,8% dos iniciantes e 86,8% dos concluintes não trabalham e têm seus gastos financiados pela família, dados que comprovam a necessidade de dedicação integral ao curso e influenciam a pequena oferta de cursos noturnos em todas as regiões. Metade dos pais e mães dos alunos tem curso superior, com 50% dos pais e 47% das mães entre os iniciantes e 52,7% dos pais e 50,7% das mães entre os concluintes. Pais que concluíram o Ensino Médio representam 28,9% entre os iniciantes e 28,7% entre os concluintes. 34,1% das mães de iniciantes e 33,5% das mães de concluintes completaram o Ensino Médio. Os dados de renda familiar, contribuição do aluno na renda familiar e escolaridade dos pais mostram valores superiores aos níveis médios brasileiros. Chama a atenção, sobretudo, o percentual de alunos cujos pais têm nível superior completo, indicando que o perfil socioeconômico-educacional do aluno de Odontologia pode ser considerado elevado para os padrões médios brasileiros.

A respeito da utilização de bolsas de estudos ou financiamentos, predominou a opção “nenhum”, respectivamente, para alunos ingressantes e concluintes: 82,7% e 72,7%.

Com relação ao Ensino Médio, 60,2% dos alunos iniciantes e 66,4% dos concluintes fizeram todo o Ensino Médio em escolas privadas, enquanto 20,9% dos iniciantes e 15,5% dos concluintes estudaram integralmente em escolas públicas. Nota-se um acréscimo de alunos advindos de escolas públicas. Esse comportamento é congruente com a afirmação de tendência do aumento da escolaridade das populações de menores rendas.

A televisão (64,2% entre os iniciantes e 71% entre os concluintes) foi referenciada como o meio mais utilizado para a atualização. A leitura habitual de jornais é o meio utilizado por 9,5% dos iniciantes e 8,8% dos concluintes. A atualização pela Internet é a preferida por 17,9% dos iniciantes e 11,4% dos concluintes.

O conhecimento do idioma inglês entre os alunos ingressantes e concluintes praticamente não se altera, respectivamente, variando as opções: a) “leio, escrevo e falo bem”: 12,1% e 10,3%; b) razoavelmente: 33,8% e 33,3%.

O conhecimento do idioma espanhol entre os alunos ingressantes e concluintes praticamente não se altera, respectivamente, variando as opções: a) “leio, escrevo e falo bem”: 4,4% e 3,7%; b) “razoavelmente”: 18,9% e 10,6%.

O acervo da biblioteca da própria instituição é utilizado por 67,3% dos iniciantes e 60,9% dos concluintes para a realização de pesquisas e trabalhos, enquanto 26,9% dos iniciantes e 28,8% dos concluintes utilizam a Internet para essas tarefas. O uso de livros e periódicos próprios é de 2,7% entre os iniciantes e 6,0% entre os concluintes. O decréscimo do percentual de utilização da biblioteca pode ser interpretado pelo aumento das atividades práticas e de estágios ao final do curso. Quanto à frequência de utilização da biblioteca da Instituição, as opções mais comuns foram, respectivamente, para alunos ingressantes e concluintes: “razoável frequência” : 42,5% e 59,5%; “muita frequência”: 49,4% para 23,5%.

Entretanto, seria desejável o estímulo constante ao uso da biblioteca como forma de preparo ao auto-estudo e atualização permanente dos futuros profissionais.

Sobre as horas de estudo, excetuando as horas de aula, predominaram as opções, respectivamente, para alunos ingressantes e concluintes: “uma a duas horas” – 26,% e 33,6%; “três a cinco horas” – 35,2% e 34,0%.

O uso de computadores foi referenciado por 94,3% dos iniciantes e 91,6% dos concluintes, sendo que 95,6% dos iniciantes e 95,2% dos concluintes acessam a Internet. O alto percentual de alunos com acesso à Internet é compatível com os padrões de renda familiar e possibilita a utilização de recursos tecnológicos para a educação permanente, mostrando um recurso que pode ser explorado em suas potencialidades.

A respeito de outras atividades acadêmicas, predominaram, respectivamente, para alunos ingressantes e concluintes: a opção “nenhuma atividade” – 55,2% e 21,7%. Sobre as outras opções predominou para alunos ingressantes “atividade de extensão” com 15,6% e, para os alunos concluintes, a atividade de “monitoria” com 30,4%.

Formando para uma nova realidade

O período de 1998/2003 marcou profundas modificações na tendência do mercado de trabalho em Odontologia. A visão do exercício profissional voltada para a prática liberal foi gradativamente se alterando, fazendo com que a procura de um emprego passasse a ser considerada por um número maior de egressos.

Esta nova tendência veio acompanhada por um crescente aumento dos postos de trabalho no Sistema Único de Saúde, principalmente a partir da implantação das equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. O desenho deste novo quadro começa a ter reflexos no desenvolvimento da graduação, fazendo com que haja aumento de interesse nos conteúdos das disciplinas sociais e humanas, particularmente da Odontologia em Saúde Coletiva.

A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

A mudança do foco do exercício profissional pode ser observada na Tabela 11, que faz uma análise das respostas dadas pelos concluintes, no período de 1998 a 2003, quanto às suas pretensões de trabalho após a conclusão do curso. A procura emprego, que era a preocupação de 42,3% dos concluintes em 1998, embora tenha sofrido uma brusca queda em 1999, saltou para 67 % em 2000, mantendo a tendência de aumento nos anos seguintes e se estabilizado em 70,7% em 2003. Por outro lado, a montagem de consultório, que era a vontade de 52,4% dos formandos em 1998, decresceu para 20,5% em 2003, mostrando também uma porcentagem atípica em 1999.

Outro aumento significativo no período foi o número de concluintes já empregados e também dos que não pretendem exercer a profissão, que dobrou nesse intervalo de tempo.

Tabela 11. Quanto ao exercício profissional, após o curso, o que você pretende fazer

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Procurar emprego | 42,3 | 14,0 | 67,0 | 70,0 | 73,5 | 70,7 |
| Já estou empregado | 1,1 | 1,0 | 4,0 | 4,0 | 4,6 | 5,5 |
| Abrir consultório | 52,4 | 81,0 | 24,0 | 22,0 | 18,8 | 20,5 |
| Trabalhar em outra área | 1,2 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,4 |
| Não pretendo trabalhar | 0,5 | 4,0 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,1 |

O novo contexto oferecido pelo aumento do número de postos de trabalho no Sistema Único de Saúde, com o incremento da atenção básica e a inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, trouxe reflexos positivos para os cursos de graduação em Odontologia. A implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, as mudanças das estruturas curriculares dos cursos e a preocupação em formar um profissional generalista adequado à realidade local, regional e nacional passaram a ocupar a agenda dos dirigentes e professores das Instituições de Ensino Superior de todo o País.

A adequação do perfil do profissional à nova realidade do mercado de trabalho trouxe em seu bojo um maior interesse pela clínica geral e a Odontologia em Saúde Coletiva, com um aumento considerável do interesse exclusivo pela área (Tabela

12), que saltou de 1,1% em 1998 para 4,8% em 2003, que somados aos 24,9% do forte interesse demonstrado elevou para quase 30% o número de concluintes com interesse em trabalhar em Saúde Pública. Outro dado importante foi a diminuição dos que demonstraram pouco interesse ou nenhum interesse em se envolver com as questões coletivas.

Tabela 12. Indique seu grau de interesse quanto à saúde coletiva logo após a conclusão do curso

| | 1998 | 2000 | 2003 |
|---------------------|------|------|------|
| Nenhum interesse | 16,7 | 19,5 | 13,7 |
| Pouco interesse | 28,7 | 31,3 | 25,2 |
| Interesse mediano | 33,4 | 31,5 | 30,5 |
| Forte interesse | 19,7 | 16,0 | 24,9 |
| Interesse exclusivo | 1,1 | 0,8 | 4,8 |

Em relação ao interesse pela clínica geral também houve uma mudança de tendência, com a diminuição do pouco ou nenhum interesse de 21,2% em 1998 para 17,3% em 2003, e o aumento do forte interesse e interesse exclusivo de atuação como generalista de 44,2% para 49,5% no mesmo período.

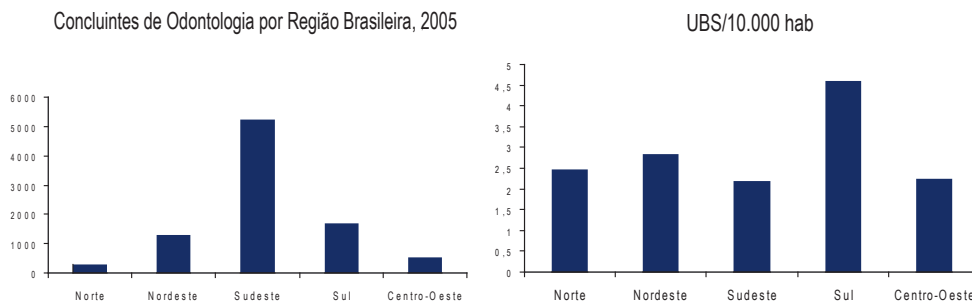
Contudo, este aumento de interesse pela Odontologia em Saúde Coletiva e pela formação generalista não parece vir acompanhado pela articulação do conhecimento teórico com os aspectos sociais, políticos e culturais da realidade brasileira. No questionário do ENADE, os concluintes e ingressantes referenciaram que essa articulação era contemplada em 25% em todas as atividades do curso, limitando-se ao ensino de algumas disciplinas. Também a questão das desigualdades econômicas e sociais mereceu a reflexão de 41,6% dos ingressantes e 44,2% dos concluintes.

Outra constatação importante foi que 37,2% dos ingressantes e 29,1% dos concluintes responderam que não houve nenhum tipo de avaliação dos programas de extensão de que participaram, dado que parece evidenciar que a extensão continua como uma atividade marginal em grande parte das IES brasileiras.

Formação para o Sistema Único de Saúde – SUS

Além dos aspectos quantitativos de desequilíbrio na distribuição de CD/1000 habitantes e nas oportunidades de Formação de Recursos Humanos expressa pelo número de cursos por região, um outro aspecto importante na formação para o SUS diz respeito à qualidade da formação. Desde a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, considera-se fundamental que os cenários de aprendizagem incluam os espaços públicos de atenção básica (Morita, MC; Kriger, L, 2004). Considerando que os Sistemas de Educação e Saúde possuem grande assimetria, uma análise preliminar do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do DATASUS e dos dados do Censo da Educação Superior permite algumas inferências (Gráfico 13).

Gráfico 13. Concluintes de graduação em Odontologia por região em 2005 e UBS/10.000 hab. Brasil



A utilização dos espaços do SUS na atenção básica como cenários de prática tem um comportamento inverso ao da concentração de cursos. Como as unidades cadastradas como de Atenção Básica do Sistema de Saúde – UBS tendem a ser mais espacialmente distribuídas do que os cursos de formação superior na área da saúde, na prática, essa relação deve ser agravada pela concentração de cursos de saúde nos grandes centros urbanos.

A razão de concluintes de Odontologia por UBS, entretanto esbarra em limites de interpretação e carece de aprofundamento, pois o CNES não apresenta o número de UBS que possuem serviços de Odontologia o que, sem dúvida, interfere na interpretação dos dados. Também a interpretação será afetada por diferenças substanciais de ofertas de serviços de saúde bucal entre as unidades federativas de uma mesma região.



A busca do equilíbrio

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e gradativa implantação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família têm aumentado os postos de trabalho para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, que basicamente compõem as equipes do PSF. No último ano, os serviços municipais de saúde abriram um grande número de concursos, oferecendo em torno de 3 mil vagas para clínicos gerais e especialistas em todo o País. Destas, grande parte era destinada às equipes de Saúde da Família, que segundo dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde devem empregar até meados deste ano, 12.847 cirurgiões-dentistas nas 12.847 equipes de Saúde Bucal já credenciadas. Somem-se a isto outros 1.860 cirurgiões dentistas para comporem os 342 Centros de Especialidades Odontológicas já instalados.

Contudo, há ainda um descompasso entre a oferta de trabalho e a demanda de profissionais que querem ingressar no mercado, em especial nos serviços de Saúde Pública. A maioria dos concursos tem registrado um número de inscritos muito superior às vagas oferecidas, fazendo com que a proporção candidato/vaga atinja, em alguns casos, cerca de 100 candidatos/vaga nos serviços que oferecem estabilidade funcional e melhores condições de trabalho, contrastando com a acentuada diminuição candidato/vaga para o ingresso nos cursos de Odontologia, principalmente nas instituições privadas.

Vários aspectos podem ser apontados para esse descompasso, mas um deve merecer atenção especial. Muitos profissionais que durante anos exerceram somente a prática liberal estão migrando para os serviços pelas dificuldades atuais do mercado de trabalho, somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego.

Por oportuno, a precarização do trabalho e a questão salarial são dois grandes óbices que os trabalhadores em saúde bucal coletiva enfrentam e que precisarão ser resolvidos com a máxima urgência.

Referência bibliográfica

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO (ABENO). **Estágios supervisionados**. Reunião Paralela da ABENO, 2003. Disponível em www.abeno.org.br. Acesso em 15 de março. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº CNE/CES 3/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de farmácia e odontologia. **Diário Oficial**, Brasília, 4 de março, 2002, seção 1, p. 10.

MORITA MC, KRIGER L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO** 2004; 4(1): 17-21.

PERRI DE CARVALHO, A.C., FERNANDES NETO, A.J., MADEIRA, M.C. Diretrizes curriculares e projeto pedagógico para curso de Odontologia. **Série Documentos de Trabalho**, 02/98. São Paulo: Nupes/USP, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Achieving the right balance**: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems WHO/EIP/OSD/00.2. Evidence and Information for Policy. Department of Organization of Health Services Delivery, WHO, GENEVA, 2000.

Referência bibliográfica complementar

PAULA, L. M.; BEZERRA, A. C. B. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.7-14, 2003.

PÉRET, A.C.A.; LIMA, L.R.L. A pesquisa e a formação do professor de odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.65-69, 2003.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Odontologia – Avaliação dos cursos de graduação e conceitos obtidos no Exame Nacional de Cursos de 1998. **Série Documentos de Trabalho**, 01/99, NUPES, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

_____. **A Odontologia em tempos da LDB**. Canoas: Ed. Ulbra. 2001. 95p.



PERRI DE CARVALHO, A.C.; CARVALHO, D.R. Desempenho de graduandos de Odontologia no Exame Nacional de Cursos. Análise de grupos de cursos com resultados extremos (1997 – 2001). **Revista da ABENO**, v.2, n.1, p.57-62, 2002.

Marcos Lourenço Herter

Mestre em Educação, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC, docente do CCE / FAED / UDESC.

Maria de Fátima Lobo Boschi

Mestre em Psicologia, diretora do Instituto de Psicologia PUC – MG.

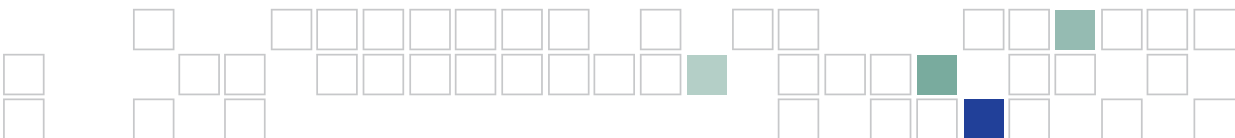
Norberto Abreu e Silva Neto

Doutor em Psicologia pela USP, docente da UnB.

Tereza Cristina Cavalcanti F. de Araújo

Doutora pela Université de Paris / Nanterre, docente da UnB.

PSICOLOGIA



Introdução

No ano de 2006 a formação de psicólogos no Brasil vive uma situação marcada pela novidade. Duas pastas do Governo Federal estão trabalhando de forma articulada para fazer com que os futuros psicólogos sejam convenientemente preparados para atuar no Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação estão desenvolvendo um conjunto de iniciativas estratégicas para a educação dos profissionais que podem vir a atuar nos serviços voltados à atenção da saúde da população brasileira.

Ambos os ministérios estão atendendo a uma definição de caráter constitucional: trata-se de atribuição do Sistema Único de Saúde a promoção e orientação dessa educação. É extremamente adequado que a realização dessa atribuição constitucional do SUS encontre no Ministério da Educação a mais completa acolhida, como no caso da habilitação dos avaliadores de cursos de graduação em Psicologia, para que busquem informação, valorizem e incentivem a atenção ao SUS na formação de psicólogos.

Na mesma direção ocorre um esforço de habilitação, por parte do Ministério da Saúde, de profissionais para apoiar modificações curriculares nos cursos voltadas ao aprimoramento de sua atenção ao SUS. Um curso de especialização visando à formação de promotores de modificações curriculares (a quem chamamos “ativadores”) está sendo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz. O curso conta com quarenta e cinco psicólogos e oito tutores que foram previamente preparados para essa tarefa.

Paralelo a isso, o Ministério da Saúde estabeleceu convênios com diferentes entidades responsáveis pelo ensino de profissões (como é o caso da Associação Brasileira de Ensino da Psicologia – ABEP), visando promover o debate e o esforço coletivo no sentido de aproximar a educação dessas profissões em direção à operação do SUS. Por meio da articulação do Fórum Nacional das Entidades de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS, algumas iniciativas estão sendo tomadas com o fim de tornar a formação de psicólogos mais adequada para a atenção às necessidades da população relacionadas à saúde.

Estas, dentre outras iniciativas do Ministério da Saúde, parecem representar legítimas iniciativas de busca para que o sistema de ensino universitário atenda às necessidades sociais cuja administração está a seu encargo. Para além de se tratar de uma atribuição constitucional, é completamente compreensível que um ator social legitimado socialmente busque junto à universidade a solução para seus problemas de obtenção de profissionais devidamente qualificados.



No caso da Psicologia, essa exigência encontra uma situação diferenciada da maioria das catorze profissões envolvidas no processo de busca de qualificação para o SUS. Muito embora seja compreendida pelo Ministério da Saúde como uma das profissões da área da saúde, a Psicologia consiste em uma profissão que tem muitas outras dimensões de igual importância para a constituição da prática profissional dos psicólogos. Fica cada vez mais claro que se trata de uma profissão que atua na área da saúde, assim como atua na área da educação, na área do trabalho, das organizações, do meio ambiente, do trânsito e assim por diante.

Nesse contexto é que as manifestações da direção da ABEP indicam que, neste momento, dirigir a atenção ao SUS consiste em um ganho para a formação dos psicólogos. Os motivos dessa avaliação são pelo menos quatro: o SUS é um espaço de atuação de toda a psicologia e não somente daquela voltada aos serviços de atenção direta à população; trata-se de uma forma importante de inserção da realidade brasileira nos processos educativos dirigidos à profissão; trata-se da inserção da formação e da própria formação na luta pelo desenvolvimento do SUS, isto é, insere a psicologia na luta do movimento sanitário e convida os cursos de psicologia a incrementar suas atividades que buscam atender necessidades sociais relevantes.

Ao mesmo tempo, ocorre a abertura feita pelo Inep de suas bases de dados para que a própria comunidade possa desenvolver um olhar sobre os processos vividos na evolução da formação de psicólogos. A iniciativa parece não ter precedentes com tal magnitude e exige que a atenção se dirija para o contexto mais geral onde ocorreu essa evolução.

Neste trabalho serão descritos, inicialmente, os marcos principais da trajetória da formação do psicólogo no Brasil, no período de 1991 a 2004; a partir da constituição da psicologia como ciência, no século XIX, na Europa e América do Norte, dos primeiros movimentos de constituição de práticas psicológicas no Brasil, seguido do registro dos acontecimentos principais do século XX. Além disso, no relato, os eventos apontados neste breve histórico da psicologia são referidos ao contexto sociopolítico que lhes são correspondentes. Assim, entendemos que o nascimento da psicologia no final do século XIX responde às necessidades e práticas sociais daquele momento histórico, e que a estruturação do campo da Psicologia Clínica e a emergência da Psicologia da Saúde, que irão adquirir maior visibilidade a partir dos anos 80, devem ser vistas dentro do quadro das consequências da 2ª Guerra Mundial. Essa evolução ocorreu em nosso País de maneira análoga.

Na segunda parte, serão analisados os indicadores estatísticos referentes à graduação no curso de Psicologia, descrevendo-se sua trajetória histórica ao longo do período de 1991 a 2004. Nessa análise foram considerados: a evolução do quantitativo de cursos e da oferta de vagas, conforme sua distribuição nas diferentes regiões geográficas; a relação entre o número de candidatos inscritos e o de

ingressantes; as matrículas, o ingresso e a evolução da relação entre ingressantes e concluintes. Todos esses aspectos foram analisados segundo as regiões do Brasil e as categorias administrativas (pública e privada) e organização acadêmica (universidades, centros universitários, faculdades integradas, escolas e institutos). Ao final serão tecidas reflexões sobre tendências, desafios e compromissos da Ciência Psicológica e da profissão Psicólogo.

O texto que se segue está assim organizado: a trajetória da psicologia como ciência e profissão; análise das tendências dos cursos – 1991 – 2004; o psicólogo na área de saúde; e tendências, desafios e compromissos.

A trajetória da Psicologia como ciência e profissão

O final do século XIX é reconhecido como marco inicial da concepção da psicologia como ciência, sendo sagrada pela história como representante desse marco científico a criação do laboratório de Wundt em 1879, na Alemanha.

No surgimento da Clínica Psicológica destacam-se os nomes de Lightner Witmer (1867-1956), nos Estados Unidos, e de Alfred Binet (1857-1911), na França. Witmer foi aluno de Wundt e de Cattell e, em 1896, fundou a primeira clínica de psicologia na Universidade de Pennsylvania (Estados Unidos). Além disso, cunhou as expressões “psicologia clínica”, “clínica psicológica”, e “método clínico”, conferindo ao termo “clínica” um sentido específico, ou seja, a palavra não indica um local determinado, mas o caráter do método.

Por seu lado, Binet constitui, ao lado de Pierre Janet e Theodule Ribot, o trio dos fundadores da psicologia experimental francesa e, em 1895, cria o primeiro laboratório de psicodiagnóstico. O modo de Binet fazer psicologia experimental foi resultante de uma síntese que toma em consideração o experimentalismo de Wundt, os métodos da psicologia descritiva de Brentano, a tradição da psiquiatria humanista de Pinel e os testes mentais de Galton e de Cattell.

Pesquisas recentes sobre a história da Psicologia mostraram que a preocupação com o fenômeno psicológico já se encontrava presente no Brasil desde o período colonial.

Textos religiosos que objetivavam educar um público amplo por meio da pregação nas igrejas apresentavam um conteúdo de instrução sobre a relação da vivência da subjetividade do indivíduo com a palavra, trazendo o discurso como um importante instrumento para a autocompreensão e expressão dos sentimentos. Tal expressão proporciona, além do autocontrole, uma função catártica, terapêutica.



É importante nesse processo um ouvinte. Surge a figura do confessor. Para os autores desses textos o lugar dessa experiência humana chama-se “alma” ou “consciência”, conforme uma abordagem teológica moral, ao passo que as ciências naturais compreendem o homem enquanto um organismo físico.

A influência das idéias iluministas e o entusiasmo pelo método científico ampliam os estudos a todos os fenômenos da realidade, incluindo o saber sobre o homem. A medicina ganha destaque. As abordagens que os assuntos psicológicos assumem entre os médicos brasileiros são várias, sobressaindo-se à dimensão moral atribuída ao conhecimento da subjetividade. A figura do confessor é substituída pela figura do médico que, mediante o conhecimento das enfermidades da alma, analisa a causa através do estudo objetivo. O homem e sua subjetividade tornam-se objeto de estudo e investigação.

A substituição da idéia filosófico-teológica da alma pelo conceito filosófico de cérebro é uma etapa muito importante nessa evolução. A alma era considerada uma entidade imaterial e, portanto, não mensurável, substância única e igual em todos os homens; porém, o cérebro e o sistema nervoso não são fisiologicamente idênticos em todos os sujeitos. Em tal afirmação, está fundamentada e legitimada a estratificação e a diversificação social dos indivíduos. A enunciação das diferenças sociais como um dado de fato encobre sua real natureza econômica e política” (Massimi, 1989 p.346).

É no séc. XIX que assistimos ao florescimento institucional no Brasil, em particular com a criação das escolas de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e das Escolas Normais, sendo um período marcado pelos debates sobre moral, ética, faculdades mentais, consciência, sensações; de influencia filosófica com os princípios empiristas.

Embora a produção intelectual dessa época não evidenciasse uma preocupação específica com os problemas da sociedade brasileira, ela refletia as tentativas de criar instituições educativas e de assistência psiquiátrica que teriam um impacto expressivo sobre a organização social do País. As obras de natureza pedagógica evidenciam a preocupação com a institucionalização de um sistema de ensino abrangente e com a educação da população em moldes científicos, enquanto que as teses na área médica buscam informar a prática das novas instituições psiquiátricas e a ação higienista dos profissionais da saúde. (Campos, 1992)

A psicologia científica formalizada no século XIX teve nas ciências físicas o seu modelo. Com a criação do Laboratório de Psicologia por Wundt, na Alemanha, começa a experimentação psicológica, sendo a psicologia concebida como o estudo das experiências do sujeito e suas relações. Não é mais o estudo dos fenômenos em sua essência, mas o estudo da funcionalidade desses fenômenos através da quantificação.



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

O ensino com bases científicas em substituição ao literário, marcadamente entre o final do séc. XIX até a terceira década do séc. XX, possibilita à Psicologia alcançar sua autonomia em relação a outras áreas de conhecimento e seu reconhecimento como ciência independente.

Nos primeiros anos da República foram realizadas várias reformas educacionais, a partir da necessidade de expandir a escolarização e com ela a reorganização da sociedade brasileira. Diante da necessidade de previsão e controle, o Estado busca educar e selecionar para padronizar, tornando o sujeito eficaz para o trabalho industrial, que necessita de mão-de-obra especializada e da manutenção da ordem social. A busca por conhecimentos da psicologia é percebida como indispensável para a prática efetiva da educação. Esses conhecimentos serão dispostos pela pedagogia de forma efetiva, proporcionando um método objetivo de investigação para seus fins educacionais, podendo ser diretamente percebida a partir da criação das Escolas Normais, onde se deu a formação dos primeiros profissionais da Psicologia no Brasil.

Durante os anos 20 e 30, houve um grande desenvolvimento criativo da psicanálise na Europa. Surgiram as dissidências e as modificações na técnica psicanalítica: Jung, que defendeu as noções de “inconsciente coletivo” e de tipos de caráter e fez uso da técnica de associação de palavras; Adler, que aplicou os conceitos psicanalíticos no trabalho de clínicas infantis para crianças proletárias da Viena socialista dos anos 20; e Reich, que na mesma época criou as clínicas do Movimento de Política Sexual (*Sexpol*), primeiro em Viena e depois na Alemanha (anos 30). Na ortodoxia destacam-se Melanie Klein e Anna Freud: duas perspectivas para a psicologia clínica da criança: psicanálise através da ludoterapia (*play therapy*) e pedagogia psicanalítica. Os anos 20 marcam o surgimento do Teste de Rorschach e das técnicas projetivas, das quais ele foi o modelo.

Nos Estados Unidos, até o final dos anos 30, os psicólogos clínicos trabalhavam primariamente com problemas das crianças, em geral em clínicas universitárias. A atividade principal era a testagem psicológica, no início com grande ênfase na capacidade e no déficit intelectuais e, depois dos anos 30, a ênfase na avaliação da personalidade por meio dos métodos projetivos. O psicólogo fazia estudos de casos e coletava dados da assistente social, e as informações obtidas nesse processo diagnóstico eram usadas para fazer recomendações a professores, pais, terapeutas envolvidos em algum treinamento especial de deficiências, médicos referidos e autoridades judiciárias (no caso de jovens). Ele também fazia psicoterapia de crianças, mas em uma abordagem eclética de preferência à técnica de Melanie Klein; era raro fazerem psicoterapia face a face e extensiva com crianças. A psicoterapia de adultos era então muito menos comum que a terapia de crianças. Segundo Rotter (1963), nos hospitais psiquiátricos os psicólogos



clínicos aplicavam testes e emitiam diagnósticos, cuidavam da seleção de pessoal (atendentes, enfermeiros, etc.) dando ênfase ao ajustamento dos candidatos, mas não faziam psicoterapia. Exceção no plano das instituições eram as prisões, nas quais ocasionalmente os psicólogos praticavam a psicoterapia.

No surgimento da Psicologia Científica, a obra de Lourenço Filho (1954) apresenta um trabalho de reconstrução do desenvolvimento da psicologia no Brasil. Desde as teses defendidas nas escolas de medicina por autores como Henrique Roxo, Maurício Campos Medeiros, Plínio Olinto, Júlio Afrânio Peixoto, aos trabalhos desenvolvidos pelas escolas de Raimundo Nina Rodrigues, e à criação da Liga Brasileira de Higiene mental, em 1922.

Lourenço Filho dedica especial atenção ao desenvolvimento da Psicologia Educacional no Brasil, apontando sua introdução nos programas de ensino das Escolas Normais, em 1890; o primeiro laboratório de psicologia aplicada à Educação – o Pedagogium, instituído no Rio de Janeiro em 1890, e do análogo laboratório da Escola Normal de São Paulo, em 1914. Outros fatos marcantes são a reforma do ensino, de 1928, a criação do Instituto de Educação da Universidade do Distrito Federal (1935) e a criação do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos – Inep, junto ao Ministério da Educação, em 1938, do qual Lourenço Filho fora diretor.

Merece destaque a importante presença dos especialistas estrangeiros que estiveram no Brasil, no início do século XX, alguns por um curto período e outros que se fixaram no País, como a assistente de Claparède, a psicóloga Helena Antipoff, responsável pela introdução da abordagem sociocultural à Psicologia Escolar, particularmente em Minas Gerais, onde criou o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento (1929), primeira instituição dedicada especificamente à pesquisa em psicologia no Estado.

Salientamos ainda deste período (1920-1940) a importante obra de Ulisses Pernambucano (1920-1940), na qual educação e atenção à saúde estão intimamente associadas. Destacamos também Paula Souza, médico sanitário, fundador do Instituto de Higiene que deu origem à Faculdade de Saúde Pública da USP, e participante da fundação e instalação da Organização Mundial da Saúde, em 1944-1946. Criou a disciplina de ensino Educação Sanitária, na Faculdade de Medicina, em 1925, disciplina que ao longo do tempo se transformou na atual (desde 1967) Educação em Saúde Pública. Nos anos 30 engajou-se no IDORT para realizar programas de atenção à saúde do trabalhador e, a partir de 1946, foi orientador técnico em matéria de assistência social. Suas estratégias de trabalho priorizavam a mudança de atitudes e a compreensão da necessidade de cuidado com a própria saúde física e mental. Segundo Perez-Ramos (2006, p. 4), Paula Souza foi, dentro da área da saúde pública, um “eminente precursor de uma concepção de saúde física e mental integradas” a ser posta em execução na Faculdade de Saúde



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Pública e na formação de recursos humanos das organizações, lançando, dessa forma, em nosso meio, “as raízes para o desenvolvimento da Psicologia Preventiva e da Psicologia do Trabalho”.

Nas décadas de 20 e 30, a Psicanálise vai progressivamente se institucionalizar em diversas cidades do Brasil e exercerá imensa influência em quase toda a psicologia brasileira até a atualidade. É nesse período que são criadas as primeiras universidades no País, as quais serão muito importantes na institucionalização da psicologia como ciência e profissão no Brasil.

Em 1920, Hermann Rorschach apresenta pela primeira vez o seu teste e método de pesquisa. Em 1929, Helena Antipoff apresenta pela primeira vez o teste de Rorschach no Brasil. Vários psicólogos começam a trabalhar com esse método nos anos 30 e 40, em várias cidades, notadamente Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro. Em 1952, é fundada a Sociedade de Rorschach de São Paulo, e desde então o uso do método e do teste no contexto da clínica foi sempre crescente, seja em consultório privado ou institucional, da escola, das organizações do trabalho, da psicologia forense e da pesquisa acadêmica. Na atualidade, boa parte da produção em psicologia clínica e da saúde está registrada em anais de reuniões científicas das diversas sociedades de Rorschach existentes no Brasil, além da Associação Nacional (ASBRo).

No cenário internacional, na década de 20, a psicologia científica recebeu uma contribuição significativa da psicologia russa, particularmente os trabalhos desenvolvidos por Lev S. Vygotsky: A Análise Histórica da Crise da Psicologia, Os Fundamentos de Defectologia, A formação Social da Mente, A Psicologia da Arte, em especial, Pensamento e Linguagem, que sintetiza a Psicologia Histórico-Cultural ancorada na vertente do materialismo histórico dialético. Seus principais colaboradores Alexander R. Luria e Alex Leontiev dão continuidade a essa escola.

A Psicologia Científica nasceu também com preocupações relativas à prática, à aplicação do conhecimento psicológico; e as relações com a prática se deram nas esferas da educação, da medicina mental e da organização do trabalho e dos grupos sociais. A exortação à prática é presidida pela noção de desenvolvimento da personalidade individual, valor último a justificar todas as práticas psicológicas; valor fundamental da filosofia do liberalismo que a Psicologia adota desde o seu surgimento e que faz dela uma pedra básica dessa forma de governo. Para o homem liberal, diz Norberto Bobbio (1996) ao descrevê-lo como individualista e à sociedade liberal como pluralista e conflitiva, “o fim principal é o desenvolvimento da personalidade individual, ainda que o desenvolvimento da personalidade mais rica e dotada possa ocorrer em detrimento da expansão da personalidade mais pobre e menos dotada” (p. 41).



Em sua história da psicologia desse período, Foucault (1957/1999) argumentou que a Psicologia Científica se apresentou como fundamento racional e científico das práticas nas três esferas da vida humana acima mencionadas. Assim, diz ele, “a Psicologia Genética constituiu-se como o quadro de toda pedagogia possível e a psicopatologia ofereceu-se como reflexão sobre a prática psiquiátrica”, e os problemas suscitados por essas práticas: “o problema do sucesso e do fracasso escolar, o problema da inserção do doente na sociedade, e o problema da adaptação do homem à sua profissão” foram assumidos pela Psicologia. Foucault salientou ainda que essa relação íntima com a prática fazia com que a psicologia científica nascente se tornasse semelhante a todas as ciências da natureza (p. 123).

Foucault (1957/1999) salientou também as contradições advindas da relação com a prática, o local em que “o homem encontra sua própria contradição”. Assim, a Psicologia do Desenvolvimento surgiu da reflexão sobre as descontinuidades no desenvolvimento, e as Psicologias da Memória, da Consciência e do Sentimento surgiram, primeiro, como Psicologia do Esquecimento, do inconsciente e das perturbações afetivas. E a psicologia contemporânea originada na análise do anormal, do patológico, do conflituoso, “de uma reflexão sobre as contradições do homem consigo mesmo” se transforma secundariamente no oposto da origem, ou seja, “em uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado”, e o faz “como que por um esforço para dominar essas contradições” (pp. 123-124).

As mudanças mais importantes ocorridas na prática da clínica psicológica nos Estados Unidos aconteceram nos anos 40 e 50. Houve mudanças nos métodos e na ênfase colocada sobre a idade infantil e nos tipos de pacientes com os quais trabalhavam os psicólogos sob as duas funções gerais: diagnóstico e psicoterapia. O fator principal responsável por tais mudanças foi a eclosão da 2ª Guerra Mundial, primeiro pelos doentes mentais que ela própria produziu, gerando um interesse maior pela contribuição que os psicólogos clínicos poderiam dar para o tratamento desses pacientes. De acordo com Rotter (1963), os psicólogos clínicos que trabalhavam no campo da saúde mental causavam uma forte impressão no meio “devido às suas técnicas, que podiam ser usadas para seleção, e devido a seu conhecimento geral de métodos de pesquisa” (p. 783). Ele relata que o Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos, ao distribuir as verbas durante o período pós-guerra, aconselhava os Estados a usarem-nas “para que fossem contratados psicólogos clínicos com vistas aos dois propósitos: o clínico e o de pesquisa” (p. 784).

Um acontecimento marcante que contribuiu para as mudanças no campo da Psicologia Clínica e da Saúde foi uma imigração, em massa, dos psicanalistas europeus para os Estados Unidos, depois de 1938. Esse fato promoveu mudanças no cenário da Psicologia Clínica e da Saúde norte-americana. Ele produziu um relaxamento no controle da psicoterapia pelos psiquiatras, posto que muitos



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

dos psicanalistas emigrados não eram médicos, distensão que é coroada na Conferência de Boulder, Colorado, em 1949. Ocorreu então a quebra do monopólio da psicoterapia pelos psiquiatras e o psicólogo clínico passou a exercer também essa função com adultos.

A Conferência de Boulder foi promovida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, e dela resultou a determinação de que o título de Ph.D. seria o requisito mínimo para alguém chamar a si mesmo de “psicólogo clínico”, e que ele seria desde então requerido, formal ou informalmente, em todas as situações práticas. Vejamos como Rotter (1963) descreve a situação:

Devido ao grande número de empregos disponíveis, era natural que a maioria dos psicólogos clínicos (com treinamento em psicologia clínica), devido a seu maior investimento em treinamento, entrariam nas posições de melhor futuro econômico”, o que não era o caso dos psicólogos que trabalhavam em instituições tais como: clínicas da comunidade, sistemas prisionais, sistema escolar, clínica para os deficientes físicos, etc. No entanto, com a incorporação do trabalho com adultos, do tratamento de problemas dos adultos, os psicólogos clínicos passaram também a trabalhar “na Administração dos Veteranos (de Guerra), hospitais estatais, universidades, escolas universitárias de medicina (University Medical Schools), na prática de consultório privado, e firmas de consultoria industrial, que enfatizavam o ajustamento individual de executivos. (p. 785).

Na França, a universidade cria a licença de psicologia em 1947 e, nos anos 50, emergem uma formação e uma prática específicas de Psicologia Clínica, cujo caminho foi preparado por Pièrre Janet, um dos maiores inspiradores dessa psicologia; por Henri Piéron, que tinha seus interesses na psicologia diferencial, na Psicologia do Trabalho e na Psicotécnica e via a necessidade de formar profissionais de psicologia clínica; por Henri Wallon, médico e filósofo que pensava em uma clínica aplicada tanto à patologia mental quanto aos processos de desenvolvimento normal; e por Daniel Lagache, que defendeu para a Psicologia Clínica uma posição “ecumênica”, a qual deveria aliar os procedimentos da Psicologia Experimental, da psicologia diferencial, da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise. Todavia, o trabalho mais importante foi o de Juliette Favez-Boutonier, médica, filósofa e psicanalista, como Lagache, de quem recusou o ecumenismo e acentuou uma oposição entre Psicologia Experimental e Psicologia Clínica, dualidade que considerava uma evolução inevitável. Segundo Perron (1997), ela “trouxo imensa contribuição para a ‘desmedicalização’ da psicologia clínica e para dar aos psicólogos clínicos o sentido de sua autonomia e de sua dignidade profissional” (p. 9).

Como nos informa Thomas Szasz (1983, p. 112), nos anos 40 começaram também a ocorrer mudanças no campo dos métodos terapêuticos em medicina, afetando os critérios da psiquiatria. O uso de antibióticos e de hormônios tornou-se



um exemplo para os psiquiatras. A idéia condutora era a de que se uma pessoa sob tratamento por meio desses medicamentos (antibióticos, hormônios) respondesse “bem” a eles, isto era um indício de que seu estado prévio podia ser considerado como constituído por uma doença. O que se passou é que esse critério, a resposta do paciente ao medicamento prescrito, tornou-se o método que poderia validar intervenções como eletrochoque, coma insulínico, lobotomia e todos os tratamentos psicofarmacológicos e bioquímicos. E o uso desse critério abriu caminho para a explicação de doenças mentais tendo em vista a ação de neurolépticos.

Depois dos anos 50, ocorreu uma nova mudança nos critérios. Segundo lemos em Szasz (1983, pp. 112-113), como resultado da crescente socialização da medicina e dos gastos do Estado com o cuidado da loucura, surgiu o critério econômico. Foi instaurado um método por meio do qual as doenças são medidas em termos de subemprego e fundos foram destinados ao cuidado médico. Graças a esse critério, diz Szasz, a esquizofrenia tornou-se para muitas nações “o problema médico número um”. A combinação dos dois critérios, o econômico e o da “boa” resposta do paciente à medicação, desenha uma cena que vemos até hoje: somos constantemente informados, por meio da propaganda biopsiquiátrica, de novos tipos de doenças mentais e dos neurolépticos apropriados para curá-las. Um quadro no qual todo comportamento pode ser explicado em termos da teoria do desequilíbrio bioquímico e no qual antidepressivos e sedativos se tornam uma espécie de mania religiosa.

As implicações sociais e políticas desse modelo foram discutidas por Szasz e, desde os anos 50, um amplo debate tem acontecido na literatura sobre a validade do conceito de doença mental. Em um extremo do debate encontramos aqueles que defendem um modelo de doença fortemente médico, compreendido como um modelo científico baseado em normas objetivas de funcionamento corporal e mental. No outro lado encontramos o movimento da antipsiquiatria em suas muitas variantes, e que tem como nomes principais o próprio Szasz, Ronald Laing, David Cooper, Basaglia, Michel Foucault, e muitos outros. Estes autores não negam a existência da loucura como tal, mas argumentam que rotulá-la como doença mental é um ato que leva ao descrédito e segregação daqueles que são rotulados e percebidos como socialmente desviados.

No final dos anos 40 e durante 1950 foi constituído o Movimento do Potencial Humano, corrente que combinava os conhecimentos adquiridos por Kurt Lewin sobre a dinâmica dos grupos (consolidados na experiência com os *T-Groups*) por meio da abordagem psicossociológica; o Psicodrama de J. L. Moreno, que se apresentava como alternativa à Psicanálise; e o Aconselhamento Psicológico de Carl Rogers, que reivindicava possuir um modelo clínico mais amplo que o da psicoterapia, do qual os Grupos de Encontro eram exemplo. Esse movimento manteve ligações com os movimentos da contracultura norte-americana dos anos 60 e 70. Ele é conduzido pela



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

idéia de investimento no potencial humano e sua atividade se desenvolve em torno da instituição “Centros de crescimento e desenvolvimento do potencial humano”. Seu objetivo é pesquisar e desenvolver meios de como melhorar o “potencial humano” por meio de técnicas de trabalho grupal; técnicas de artes corporais: terapêuticas e educacionais; técnicas do psicodrama; técnicas de orientação reichiana: bioenergética, vegeto-terapia; técnicas da arte das massagens; práticas de filosofias orientais: sufismo, zen, etc. Carl Rogers publicou Aconselhamento psicológico e psicoterapia, em 1943, e Terapia centrada no cliente, em 1951.

Os participantes desse Movimento do Potencial Humano associaram-se ao movimento pela criação de Comunidades Terapêuticas (liderado por Maxwell Jones) e a psiquiatras e psicanalistas europeus emigrados que seguiam os métodos da fenomenologia existencial (Ellenberger, Rollo May), e também a psicanalistas que seguiam a orientação de Erich Fromm, além dos reichianos. Místicos e orientalistas se uniram ao grupo e dessa reunião surgiu o movimento em prol de uma Psicologia Humanística, que serviria como “alternativa” à psicanálise e ao Bbaviorismo. A Terapia da Gestalt de Fritz Perls e a Psicologia Transpessoal surgem nos anos 50 sob a égide desse movimento que, nos anos 1960-1970, alcançará grande desenvolvimento sob a bandeira da Association for Humanistic Psychology.

Cecília Coimbra (1995) analisou as implicações políticas e econômicas do Movimento do Potencial Humano à luz da teoria do “capital humano” que nos Estados Unidos dos anos 60 é hegemônica e faz parte de um conjunto de teorias do desenvolvimento neocapitalista do governo de John Kennedy, com vistas a funcionar como um mecanismo de recomposição e articulação da hegemonia imperialista. A teoria do capital humano realça a importância do investimento nos recursos humanos de uma nação, na sua escolaridade e treinamento. Conforme sua análise, nesse contexto, a palavra de ordem no campo terapêutico passa a ser o investimento de cada um no seu “potencial humano”, o qual, nos anos 60, nos Estados Unidos, e nos anos 70 no Brasil, se mostra na participação em workshops, laboratórios de sensibilização, maratonas, terapias e treinamentos corporais, grupos de encontro, de famílias, de adolescentes, de mulheres, de homens, de conselheiros conjugais, e toda uma longa lista de tecnologias do *self*.

No ano de 1953, Skinner publica *Ciência e comportamento humano* e, em um artigo do mesmo ano, usa a expressão “terapias comportamentais”. Ressaltamos ainda dessa década os trabalhos dos psicoterapeutas e aconselhadores George Kelly e Albert Ellis, cuja abordagem cognitiva influenciará o modelo de Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck (Beck, 2005), introduzido no início dos anos 60.

No Brasil, o grande acontecimento dos anos 50 é a luta pela instituição da psicologia como profissão e da criação e instalação dos cursos de formação de psicólogos. Em 1962, é publicada a lei que regulamenta o exercício da profissão



de psicólogo (Lei nº 4.119/62), e o Parecer 403/62, que fixa o currículo mínimo e a duração do curso de Psicologia.

O que parece existir de fato no Brasil, desde os anos 50, é um contínuo crescimento da Psicologia Clínica e da Saúde, tendo a Psicologia da Saúde permanecido embutida na Psicologia Clínica até os anos 80, quando começa a se tornar mais visível. Encontramos uma demonstração dessa afirmação, já nos anos 50, nos trabalhos pioneiros de Aidyl Macedo de Queiroz Perez-Ramos junto à Seção de Higiene Mental da Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da USP, e no de Mathilde Neder junto à Clínica Ortopédica e Traumatológica do mesmo hospital, que ganharão visibilidade plena e serão pensados como psicologia hospitalar e da saúde somente a partir dos anos 80.

Conforme seu relato, Aidyl Perez-Ramos (2006) trabalhou cinco anos na Seção de Higiene Mental onde participou da inovadora modalidade de diagnóstico e tratamento multiprofissional dirigido às crianças e a seus familiares atendidos e da qual participavam um pediatra, dois psiquiatras de crianças, uma assistente social e uma psicóloga. O serviço recém criado adotava uma visão integrada, sociobiopsicológica na avaliação e intervenção e era, no início, dirigido aos distúrbios de comportamento da criança. Essa perspectiva de trabalho realizada dentro de uma abrangência preventiva foi-lhe transmitida por Pedro de Alcântara Machado, então diretor da Clínica Pediátrica. Tendo em vista os resultados alcançados nessa seção, as outras clínicas passaram a solicitar seus serviços para dar assistência aos mais diversos quadros clínicos, muitas vezes identificados apenas por seus sintomas, como os casos de insensibilidade à dor ou os de puberdade precoce, ou mesmo casos mais raros ou para opinar em situações inusitadas, como no caso de separação de gêmeos xifópagos.

Perez-Ramos prosseguiu nessa direção e uma lista de seus principais trabalhos realizados, principalmente a partir dos anos 80 e contando com a participação de seus orientados de mestrado e de doutorado, é ilustrativa das muitas possibilidades do trabalho em psicologia da saúde: estudo sobre psicodiagnóstico comparativo de escolares com doença celíaca, e acompanhados por assistência hospitalar; estudo sobre crianças asmáticas através da avaliação das relações interfamiliares; investigações sobre crianças com fissura lábio-palatal e suas famílias, em controle hospitalar; pesquisas sobre a problemática das mães adolescentes e também de crianças gravemente desnutridas e com a síndrome do marasmo; estudos sobre estresse e enfrentamento de psicólogos atuando em ambiente hospitalar. Todos os seus trabalhos, ela declara, foram fundamentados “nos enfoques psicodinâmicos, psicossomáticos, sistêmicos e no vínculo materno-infantil interpretado por Bowlby, aplicados a cada caso”.

No final dos anos 60 quatro grandes perspectivas dominavam o campo da Psicologia no Brasil: psicanálise, análise experimental do comportamento,



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Psicologia Experimental de língua francesa (franceses, belgas e suíços), e Psicologia Humanística. Cada uma dessas perspectivas tem as suas teorias psicológicas e seu modelo próprio de trabalho para atuar na área de psicologia clínica e da saúde, mas caberá ao Movimento do Potencial Humano oferecer um quadro de técnicas que servirão como ferramentas da Psicologia Hospitalar e da Saúde. E, além da grande difusão do movimento da Psicologia Humanística, dois eventos marcam os anos 70: a difusão da obra de Lacan e o aparecimento dos lacanianos, e a migração dos psicanalistas argentinos fugindo da ditadura militar. No plano das técnicas salientamos os primeiros trabalhos com os “grupos operativos” e os métodos de “pesquisa-ação” e “pesquisa-participante”. Como resultado dessa grande difusão, houve um movimento geral de autonomização dentro das grandes perspectivas. Na Psicologia Humanística institucionalizaram-se de modo independente a terapia da gestalt, os reichianos (bioenergética, vegeto-terapia), os psicodramas, a análise existencial. E, por se turno, a psicanálise desdobrou-se em muitas sociedades de psicanálise.

Não deve ser esquecida a contínua influência da psicologia de língua francesa em nosso País. Para esse fim registramos na Psicologia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente as teorias de Piaget e de Wallon; os trabalhos de Déjours sobre psicopatologia e trabalho; a Psicopatologia Fenômeno-Estrutural de Minkowski; a teoria das representações sociais. E a obra dos celebrados Foucault, Guattari, Deleuze, Bourdieu, e dos psicanalistas Manoni, Dolto, Roudinesco, Fedida, dentre outros.

Evidentemente, as contribuições da psicologia aplicada à saúde não são recentes, elas remontam à história da própria disciplina enquanto ciência e profissão, sobretudo em razão da sua inserção na área da saúde mental. Neste contexto específico de desenvolvimento inicial, no Brasil, é importante enfatizar as significativas contribuições da Medicina Psicossomática, desde a década de 40, cujo enfoque está voltado para o diagnóstico e tratamento das doenças físicas desencadeadas por processos psíquicos, destacando-se a dimensão simbólica na relação mente-corpo (Mello Filho, 1992). Outra perspectiva essencial é aquela adotada pela Medicina Comportamental que propõe a utilização clínica de técnicas derivadas da análise experimental do comportamento (Kerbaux, 1999, Reis, 1999).

Mas, apesar desses aportes incontestáveis, considera-se que:

(...) mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação vêm introduzindo transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez, novas perspectivas teóricas. É isto, pois, que nos permite afirmar que nos estamos debruçando com a emergência de um novo campo de saber. (Spink, 1992, p. 11).

Assim, um marco histórico na institucionalização da Psicologia da Saúde é a constituição da divisão 38 da *American Psychological Association*, em 1978, aglutinando psicólogos identificados com a atuação em saúde. Em 1979, é publicado o primeiro compêndio da área denominado *Health Psychology Handbook*, por George Stone, Francis Cohen e Nancy Adler e, em 1982, Joseph Matarazzo, o primeiro presidente da divisão, propõe a seguinte definição:

Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, the identification of aetiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction and to the analysis and improvement of the health care system and health policy formation. (Matarazzo apud Marks, 2000, p. 8).

A Psicologia da Saúde é, portanto, o campo da Psicologia consagrado à compreensão das influências psicológicas relacionadas ao modo como a pessoa mantém-se saudável, torna-se doente e como ela enfrenta tal situação (Taylor, 1986). Nele, é possível distinguir três principais abordagens atuais. A primeira, provavelmente mais amplamente difundida, corresponde à delimitação da Psicologia da Saúde Clínica, caracterizada por ações no âmbito do Sistema de Saúde, ou seja, hospitais, clínicas e centros de saúde. Está voltada, principalmente, para grupos de pacientes com disfunções específicas, tais como diabetes e câncer. Além da intervenção terapêutica, busca otimizar os serviços prestados por meio do planejamento de pesquisas com enfoque predominantemente quantitativo e “quasi-experimental”. A segunda abordagem, denominada Psicologia da Saúde Pública, direciona suas ações para a melhoria da saúde da população em geral, focalizando grupos vulneráveis e de risco em uma perspectiva de cunho preventivo. Utiliza métodos epidemiológicos e visa à avaliação dos programas implementados. E, por fim, a Psicologia da Saúde Comunitária, cujas propostas de promoção da saúde mental e física estão direcionadas para famílias e comunidades e almejam a emancipação e a mudança social. Emprega uma abordagem multimetodológica, associando pesquisadores, profissionais e representantes comunitários (Araujo, 2001).

Do ponto de vista histórico, é crucial ressaltar, no contexto brasileiro, os primeiros trabalhos de intervenção psicológica de Mathilde Neder, em 1952, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, relatados em seu artigo intitulado O Psicólogo no Hospital, publicado no primeiro número da revista *Psicologia Hospitalar*. Chama a atenção o fato de que, já naquela época, a preparação psicológica para cirurgia incluía procedimentos de atendimento ao paciente e à sua família no Instituto de Ortopedia e Traumatologia



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

daquele hospital e visitas domiciliares. Em sua retrospectiva, a psicóloga pioneira relembra, também, o início dos trabalhos da tese de doutorado de Aidyl Macedo de Queiróz Peres-Ramos sobre a criança asmática, em 1956 (Neder, 1991).

Transcorridas quase cinco décadas, estima-se que 20% dos psicólogos registrados no Conselho Federal de Psicologia atuem em Psicologia da Saúde (Sebastiani, 2000). Em 1983, foi realizado o I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, em São Paulo, que já se repetiu inúmeras vezes em diferentes cidades brasileiras. Atualmente, diversas associações congregam profissionais e pesquisadores que atuam no campo da saúde, como por exemplo: Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH, Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia – SBPO, Associação Brasileira de Medicina Psicossomática – ABMP e Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar – ABPSH. Outro parâmetro revelador da extensão do crescimento da área é a produção bibliográfica publicada nos Anais das Reuniões Científicas da ANPEPP, nos Congressos da Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos – ASBRo, da Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura – SOBRAPA, e, da mesma maneira, aqueles divulgados pelas associações especializadas citadas anteriormente. A produção sobre a interface entre a psicologia e a saúde pública encontra-se sob exame de um grupo de pesquisadores, sob a orientação da Prof^a Mari Jane Spink, como parte de convênio estabelecido pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP e o Ministério da Saúde. A sistematização dessas informações deverá vir a público em setembro de 2006 no Congresso Brasileiro – Psicologia, Ciência e Profissão, organizado pelo Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira.

Do ponto de vista político e jurídico, alguns marcos significativos na delimitação do campo do saber e da atuação de psicólogos em saúde, no Brasil, merecem ser mencionados. Assim, em 1982, um grupo de estudos elaborou um conjunto de propostas de ações para ambulatórios e unidades de cuidados em saúde mental, acentuando a necessidade do trabalho institucional realizado em equipe multiprofissional desde a fase diagnóstica e durante todo o acompanhamento. A participação de colaboradores não profissionais e a necessidade de avaliação permanente do trabalho grupal já eram previstas naquele documento (Saeki et al. Apud Araujo, 1988).



Análise das tendências dos cursos, 1991 – 2004

Os dados gerais do censo do Ensino Superior de 2004

Os indicadores mostram o aumento no número de cursos e de vagas em cursos universitários, e também no número de faculdades e universidades pagas no País, além de estabilidade no aumento do número de novos alunos e redução no número de alunos nas instituições de administração privada. Em 2004, o Ensino Superior privado ofereceu mais de dois milhões de vagas que não foram totalmente ocupadas, posto que entraram pouco mais de um milhão de alunos e quase um milhão dessas vagas não foram preenchidas. A Psicologia acompanha as tendências gerais apontadas pelo Censo e, no todo, ela representa como área 4,56% do total de um milhão de ingressantes.

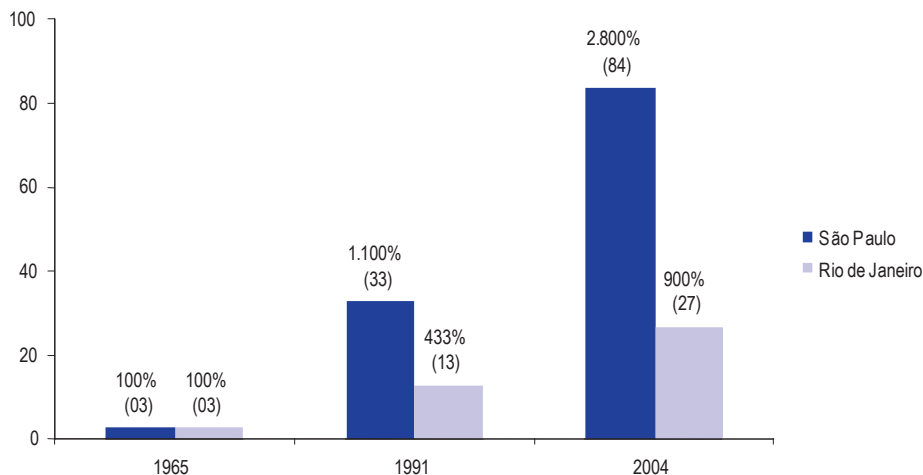
Os cursos de Psicologia no Brasil de 1991 a 2004

A profissão do psicólogo foi regulamentada em 27 de agosto de 1962, cuja lei no 4.119 também dispõe sobre os cursos de formação em psicologia. Segundo o Censo de 2004, existem 272 cursos no Brasil que haviam formado turmas de egressos. Para a fiscalização do exercício da profissão, foi criado o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1971, que adotou a definição de psicólogo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) como caracterização básica da profissão no período, segundo a Resolução no 04/74 (CFP) de 1o de julho de 1974.

Desde a instalação dos primeiros cursos de formação de psicólogo regulamentados pelo Governo Federal até 1965, a oferta de vagas era pequeníssima quando comparada aos números atuais. São Paulo e Rio de Janeiro dispunham apenas de três cursos cada. Por exemplo, em 1966, um candidato ao vestibular da USP concorria com doze colegas na disputa por uma vaga. Como resultado dessa relação de oferta baixa e grande demanda, foi criado o problema dos “excedentes” dos anos 60. A partir de então começa a aumentar o número de novos cursos em faculdades particulares. Pode-se formar uma idéia da expansão da psicologia comparando os números desse momento inicial com os do Censo de 2004, conforme mostra o Gráfico 1.

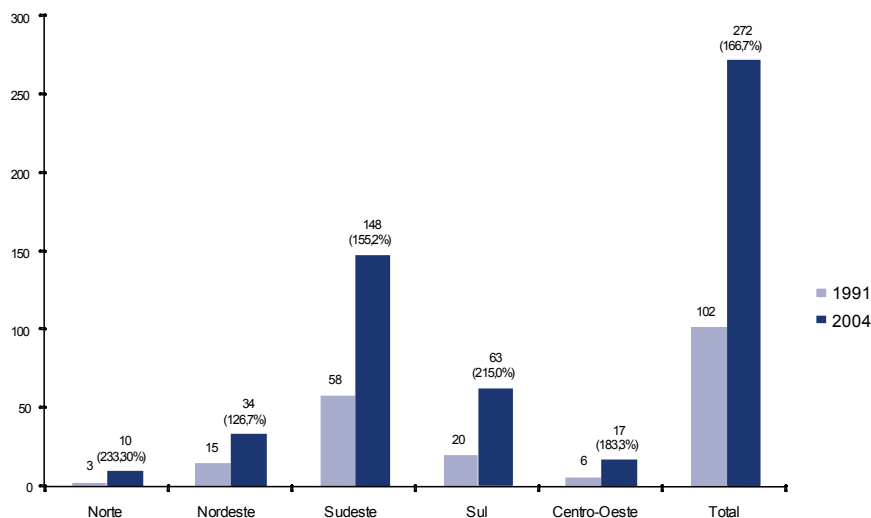
A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Gráfico 1.



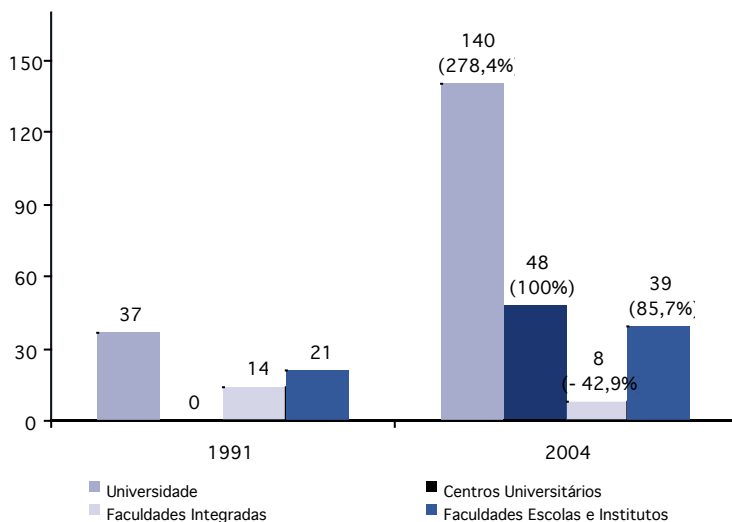
Assim, vale observar que ao longo de 38 anos (1966-2004) foram criados 81 novos cursos de Psicologia, o que resulta em uma média de 2,13 cursos novos a cada ano, tendo ocorrido o maior aumento nos últimos dez anos. Embora não existam dados sobre a evolução do período 1966-1991, sabemos que entre 1966 e 1993 (um período de 27 anos) houve um aumento de 30 novos cursos, com a média de 1,1 por ano, a qual apresenta sensível elevação nos últimos dez anos. Se, em 1993, existiam 33 cursos, em 2004 esse número sobe para 84, o que significa que nessa década foram autorizados a funcionar 51 novos cursos, resultando na média de 5,1 por ano.

Todavia, uma comparação desses índices com o do crescimento médio anual (166,7%) e os das regiões geográficas mostra que, de fato, o grande aumento percentual do número de cursos ocorreu nas regiões Norte (233,3%) e Sul (215%), como pode ser visto no Gráfico 2.

Gráfico 2. Aumento do número de cursos por região

Esse e outros indicadores do Censo desenham um quadro bastante complexo que deve ser analisado Estado a Estado, tendo em vista três aspectos: antes de tudo, como indicam os índices do Censo, deve-se considerar que esse crescimento espetacular é um fenômeno específico das instituições privadas de Ensino Superior e, depois, a situação do mercado profissional para o psicólogo, além das possibilidades de sustentação de uma tal expansão das instituições privadas.

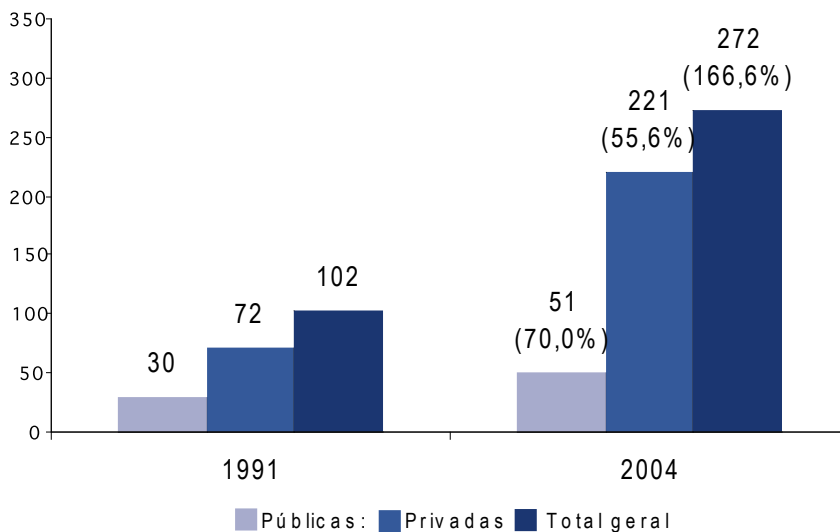
Gráfico 3. Aumento do número de cursos de instituições privadas de 1991 para 2004



O crescimento do número de cursos e da oferta de vagas no Ensino Superior, no período de 1991 a 2004, é aparentemente elevado se considerarmos os índices com relação à demanda existente e expressa no crescimento do número de inscrições, mesmo para as regiões Norte e Sul que respondem pelos indicadores mais elevados. Assim, em 2004, dos mais de cem mil interessados em obter a formação superior em psicologia que concorreram às 45.603 vagas oferecidas, apenas 24.536 ingressaram, o que representa que houve o não preenchimento de 21.067 vagas, ou seja, 46% do total da oferta.

Conforme mostram os gráficos 3 e 4, o crescimento da oferta (cursos e vagas), quando considerado segundo as categorias administrativas e de organização acadêmica do Ensino Superior, apresenta uma distribuição completamente desigual: o ensino público é detentor de somente 7,2% das vagas e o privado detém 92,8%. Por outro lado, os índices referentes ao ensino público se mantêm relativamente estáveis nos últimos dez anos, ao passo que os do privado sofreram grandes alterações, ou seja, a grande expansão da oferta e as conseqüências advindas tocam essencialmente o Ensino Superior privado. Isso significa que alguns problemas que surgem da análise dos quantitativos são quase exclusivos deste último, como, por exemplo, a “evasão” e o baixo preenchimento das vagas oferecidas.

Gráfico 4. Totalização do aumento do número de cursos de 1991 para 2004 por organização administrativa



Outro indicador da alta demanda existente para a formação universitária em psicologia encontramos na média do número de candidatos por vaga. A situação, no geral, é melhor para o candidato hoje que há dez anos. Em 1991, um candidato tinha, em média, 4,15 concorrentes e, em 2004, essa média cai para 2,27. Todavia, esse quadro muda bastante quando essa relação é analisada segundo as categorias administrativas e de organização acadêmica. Assim, para o ensino privado, a situação do candidato é ainda mais favorável, pois, se, em 1991, ele enfrentava 2,93 concorrentes em média, em 2004 ele competiu no vestibular com apenas 1,42 concorrente em média. Em contrapartida, o quadro se inverte para o ensino público: a média de 10,5 candidatos por vaga, de 1991, se eleva para 12,9 em 2004.

No que se refere à evolução das matrículas, o maior índice de crescimento é o da Região Norte e o mais baixo diz respeito às regiões Nordeste e Sudeste. Com relação às categorias administrativas se reproduz a desigualdade entre ensino público e privado na oferta de cursos e vagas.

Os indicadores dos ingressos por processos seletivos mostram diferenças regionais significantes. O maior crescimento percentual se deu na Região Norte (343,6%) e o menor na Região Nordeste (73,7%). A contraparte desse crescimento



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

dos ingressos foi o decréscimo nos índices de preenchimento das vagas oferecidas. Assim, temos que, se no total a oferta cresceu 222,6%, o não preenchimento das vagas aumentou quatro vezes, ou seja, subiu para 961,4%. Além disso, dentro das próprias regiões mostram-se diferenças significativas entre os diversos Estados, o que implica a realização de uma análise específica da relação entre o número de ingressantes e o preenchimento das vagas para cada um dos 26 Estados, o que, naturalmente, é tarefa que excede os limites deste escrito, mas que registramos a título de sugestão para futuras pesquisas.

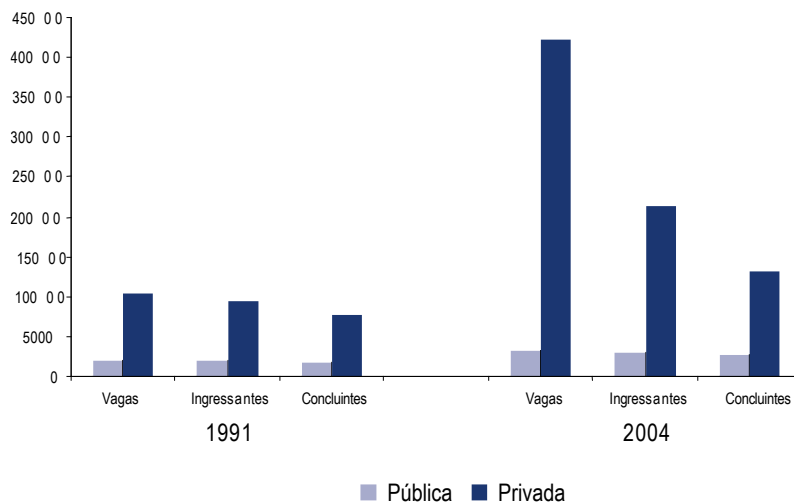
Quadro 1. Variações nos índices sobre a relação entre a oferta de vagas e o número de ingressantes por regiões geográficas

| Ano | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro-Oeste | | Total | |
|------------------|--------|----------|----------|----------|---------|----------|--------|----------|--------------|----------|--------|----------|
| | Oferta | Ingresso | Oferta | Ingresso | Oferta | Ingresso | Oferta | Ingresso | Oferta | Ingresso | Oferta | Ingresso |
| 1991 | 190 | 190 | 1.307 | 1.196 | 8.559 | 7.659 | 1.809 | 1.656 | 610 | 594 | 12.475 | 11.925 |
| 2004 | 1.706 | 933 | 3.734 | 2.916 | 30.282 | 14.204 | 5.836 | 4.365 | 4.045 | 2.118 | 45.603 | 24.536 |
| Vagas preenc. | 100 | | 91,5 | | 89,5 | | 91,5 | | 97,3 | | 95,6 | |
| | 54,7 | | 78,1 | | 47,0 | | 74,8 | | 52,4 | | 53,8 | |

A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Por outro lado, o movimento dos números sobre os concluintes de cursos presenciais de graduação em psicologia, em sua relação com o número de ingressantes quatro anos antes, traz para debate o problema da evasão. Se no geral houve grande crescimento na oferta de cursos e vagas, no número de candidatos e de ingressantes, e no número de vagas não preenchidas, também o fenômeno negativo da evasão teve o seu grande crescimento nos últimos dez anos, em todas as regiões do Brasil e com diferenças segundo os Estados.

Gráfico 5. Quadro comparativo das variações percentuais entre número de vagas, ingressantes e concluintes, segundo as categorias administrativas: instituições públicas e privadas (1991 – 2004)



Quadro 2. Variação nos índices sobre a relação entre o número de ingressos e o de concluintes por regiões geográficas

| Ano | Norte | | Nordeste | | Sudeste | |
|--------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Ingresso | Concluintes | Ingresso | Concluintes | Ingresso | Concluintes |
| 1991 | 190 | 168 | 1.196 | 1.183 | 7.659 | 6.730 |
| 1994 | 350 | 243 | 1.532 | 1.020 | 8.061 | 6.615 |
| 2004 | 933 | 505 | 2.916 | 2.066 | 14.204 | 9.131 |
| Evasão | 1991 | 11,6 | 1,1 | | 12,1 | |
| | 1994 | 30,6 | 33,4 | | 17,9 | |
| | 2004 | 45,9 | 29,1 | | 35,7 | |



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

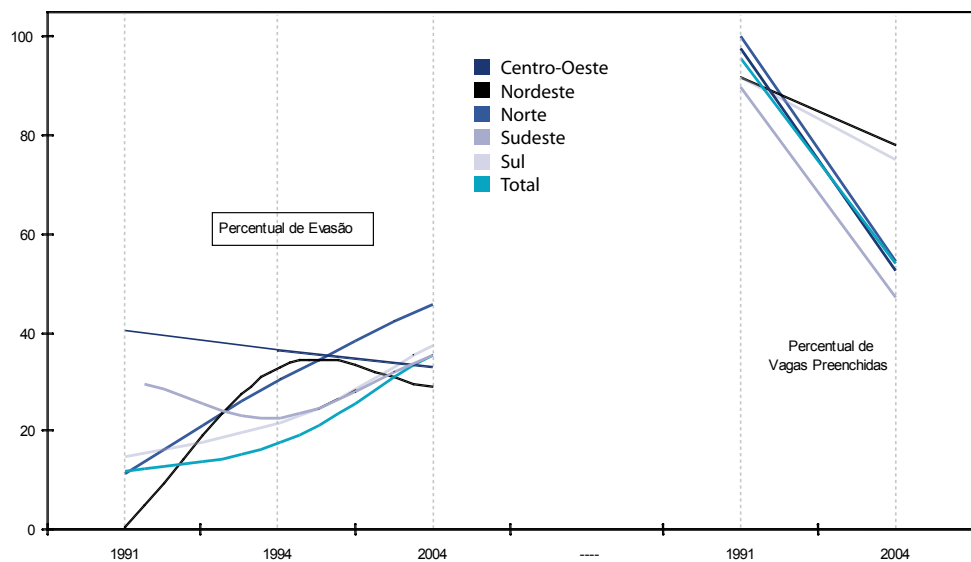
Todavia, quando se analisa a relação concluintes e ingressantes segundo as categorias administrativas e de organização acadêmica, o fenômeno da evasão se mostra quase exclusivo do Ensino Superior privado, seguindo o desequilíbrio entre as duas categorias administrativas, pública e privada. Além disso, mostram-se diferenças regionais e estaduais significativas, cada uma com as situações que lhes são típicas. E, na análise, deve também ser considerado, para o ensino privado, o crescimento irregular das instituições da categoria: comunitárias, confessionais e filantrópicas, cujos dados disponíveis têm seu primeiro registro em 1999. Assim, considerando a importância da questão e as múltiplas variáveis envolvidas, estudos específicos se fazem urgentes.

Finalmente, devemos registrar que, devido ao fato de a psicologia não ter participado do ENADE, carecemos dos dados obtidos através do Questionário Socioeconômico do Aluno para podermos fazer comparações com os indicadores do Censo do Ensino Superior de 2004. Apesar disso, algumas considerações a respeito das características do aluno universitário, que foram descritas no Relatório do ENADE, poderão ser tecidas à luz do Perfil do Psicólogo traçado pelo Conselho Federal de Psicologia (2004), com base em pesquisa de opinião que foi realizada pelo IBOPE, em 2004, junto a uma amostra de 2.000 psicólogos, dos quais, 46% haviam concluído a graduação em Psicologia nos anos de 1997 a 2003, ou seja, o período abrangido pelo Censo. No relatório, esse grupo de jovens profissionais (quase metade da amostra total) recebe atenção específica, e o CFP o reconhece como representativo dos psicólogos formados no período do grande aumento da oferta de cursos e vagas. As características gerais desse grupo (idade, faixa de renda, tipo de Ensino Médio, predomínio de brancos e baixa presença de afrodescendentes e indígenas, uso da televisão e da Internet como instrumentos de informação e orientação, etc.) são similares àquelas descritas para os alunos dos demais cursos, salientando-se o fato de ser uma profissão exercida pelo sexo feminino (92,8% são psicólogas) com a participação de apenas 7,2% de psicólogos do sexo masculino.

Salientamos, ainda, no Perfil do Psicólogo do CFP (2004), as aspirações e preferências por áreas de atuação dessas jovens psicólogas, descritas como profissionais que ainda não estão plenamente realizadas na profissão que escolheram e que assinalam “claramente necessitar de um instrumental mais específico e prático para o seu dia-a-dia” (p. 6), e que para realizar sua aspiração buscam complementar e atualizar sua formação com ênfase no aperfeiçoamento da prática. Por outro lado, com relação às preferências por áreas e especialidades da psicologia, os índices apresentados no Perfil apontaram que tanto no exercício da profissão de psicóloga como na frequência a cursos de pós-graduação, estrito e lato senso, a tendência dominante no grupo é o encaminhamento para a psicologia

clínica e da saúde: mais de 60% das psicólogas esperam exercer sua atividade nas especialidades dessas duas áreas. E, para concluir, o relatório assinala que elas “necessitam de informações que as auxiliem na prática, no dia-a-dia da profissão, e, neste sentido, têm grande expectativa em relação à atuação do Conselho Federal de Psicologia” (p. 6).

Gráfico 6. Gráfico comparativo entre as percentagens de “evasão” e o percentual de vagas preenchidas, quadro geral 1991 – 2004



O psicólogo na área da Saúde

A definição, amplamente difundida, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Constituição datando de 1946, estabelece conceitualmente a saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Ora, o reconhecimento do direito universal à saúde, fortemente associado às proposições da criação da agência internacional, marca o surgimento de um novo paradigma, em que se constata a expansão de uma visão clínica da saúde em direção a uma ciência política da saúde caracterizada pelo respeito à complexidade dinâmica dos seus fenômenos constitutivos (Brelet, 2006). Criticada em razão da sua natureza utópica, essa noção pode ser bem compreendida se considerarmos a saúde como uma capacidade ou recurso que uma pessoa, ou um grupo, detém para atingir seus



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

objetivos, adquirir competências e continuar a aprender e a se desenvolver em meio às influências dos ambientes social, econômico e físico (Canguilhem, 1984, Frankish, 1996). Três décadas após, a Conferência de Alma Ata reforça os propósitos iniciais da organização, decretando “Saúde para todos no Ano 2000”. Em outras palavras, defende-se o princípio de que, ao usufruir um sistema de saúde igualitário, uma população socialmente coesa dispõe de condições mais favoráveis para participação no cenário mundial visando a uma melhoria da qualidade de vida (Brunet-Jailly, 1992). Fundamentada nos movimentos sociais da saúde pública, saúde comunitária e da promoção da saúde, tal perspectiva reflete uma importante evolução da civilização contemporânea que, em contrapartida, requer procedimentos de avaliação de eficácia que propiciem um aprimoramento progressivo.

Entretanto, uma das áreas menos problematizadas na psicologia é a da formação de psicólogos para atuar na área da saúde pública. Quase não se discute na universidade a docência e o ensino-aprendizagem orientados para a inserção do psicólogo na realidade do sistema de saúde nacional, e mesmo na formulação de políticas do SUS esse é um tópico pouco abordado. Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) buscaram preencher essa lacuna publicando um artigo sobre a mudança na graduação das profissões de saúde orientada na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Assim, eles nos esclarecem que, para a realização de mudanças no programa de formação de profissionais de saúde, a definição do objeto e as diretrizes básicas já estão dadas na Constituição Federal. O objeto da saúde é assegurar plena atenção às necessidades das pessoas, e as diretrizes são como se segue: (a) o princípio da atenção integral é o princípio norteador de políticas de saúde; (b) a determinação de que a educação seja vinculada ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde deve presidir a formação de recursos humanos; e, (c) é importante o controle social por meio da participação popular com poder decisório no tocante às decisões políticas principais.

O que existe na psicologia brasileira sobre a formação de psicólogos para a área da saúde? No documento que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, a psicologia não afirmou que a formação do psicólogo devesse contemplar o sistema de saúde vigente no País (SUS), o trabalho em equipe multidisciplinar e a atenção integral à saúde, como ocorreu com outras profissões que fizeram essa afirmação de princípios. Em seus compromissos e princípios as diretrizes definem: b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais.

No art. 4, em suas competências e habilidades, objetiva:

a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.



No art. 5, que articule habilidades e competências com os eixos estruturantes, quais sejam:

e) Interfaces com campos afins do conhecimento para demarcar a natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e percebê-lo em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais, assegurando uma compreensão integral e contextualizada dos fenômenos e processos psicológicos;

f) Práticas profissionais voltadas para assegurar um núcleo básico de competências que permitam a atuação profissional e a inserção do graduado em diferentes contextos institucionais e sociais, de forma articulada com profissionais de áreas afins.

Um percurso na história da Psicologia (nacional e internacional) mostra de imediato a ligação permanente da Psicologia com a área da saúde. Todavia, aparentemente, ela pouco assumiu compromisso no sentido de formar profissionais para a área da saúde pública e comunitária. Ela desenvolveu, no século XX, uma vasta riqueza em técnicas para avaliação, intervenção e tratamento, procedimentos, esquemas conceituais e interpretativos, e um “método clínico”, riqueza que é posta à disposição dos alunos em cursos de graduação voltados para a formação do psicólogo pensado como um profissional liberal atuando em consultório particular, como empreendedor privado; de fato, ter um consultório demanda que o psicólogo seja um microempresário. É talvez um resquício do grande florescimento da psicologia nos anos 70, particularmente a clínica, que encontrava um farto mercado na subjetividade produzida pelo “milagre econômico”.

Não existe na Psicologia um ensino-aprendizagem voltado para a saúde. O tipo de ensino existente está calcado na abordagem clássica da formação em saúde, conforme descrito por Ceccim e Feuerwerker (2004): “o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade e dedicação profissional” (p. 1402).

Essa perspectiva é dominante na Psicologia clínica, acrescida do fato de que quase sempre o ensino é voltado e orientado exclusivamente pelas preferências teóricas dos professores e supervisores. No todo, o ensino-aprendizagem ocorre dentro do modelo hegemônico da abordagem biologicista, medicalizante, hospitalar e centrada em procedimentos. É o modelo dominante também nas demais grandes áreas: escolar, experimental, organizacional, de avaliação, de desenvolvimento. Quando acontece dessas técnicas e procedimentos serem usados em locais do campo da saúde e em situações distintas da clínica do individual, elas são transpostas conservando a visão do foco no individual.



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Qual é o impedimento para que a formação em Psicologia possa atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS? O que impede a apresentação de propostas de atendimento no modelo de atenção integral? Quais são as implicações políticas e sociais da adoção desse modelo hegemônico na Psicologia Clínica?

Cabe salientar que, progressivamente, o conceito de saúde vem sendo orientado da simples noção de ausência de doença para um bem-estar físico, mental e social integrado, em que as condições de doença e saúde se articulam em um processo ao longo do ciclo vital. No final do século XX, situações até então inéditas, como o aumento da expectativa de vida global, o controle das doenças crônicas, a eutanásia e a reprodução assistida, evidenciaram a limitação do modelo hegemônico. A (re)introdução das Ciências Humanas no campo da saúde e a emergência da Medicina Psicossomática, da Medicina Comportamental e da Psicologia da Saúde estão fortemente imbricadas com a expansão do modelo biopsicossocial. Em síntese, verifica-se a passagem de um enfoque no qual o indivíduo inicialmente descrito como um organismo respondente, passivo aos estímulos externos, passa a ser considerado na sua interação com o ambiente e, mais recentemente, revela a importância do significado atribuído pelo sujeito à interação indivíduo/ambiente (Ogden, 1996, Sheridan; Radmacher, 1992, Reis, 1999).

Em linhas gerais, é possível esquematizar algumas distinções essenciais entre os dois modelos. O mais tradicional é um sistema fechado, no qual a doença é resultante de fatores orgânicos, afeta o indivíduo, cujo diagnóstico e tratamento é de responsabilidade da categoria médica que exerce suas atividades em organizações hospitalares dirigidas por médicos. A formação profissional está calcada nas ciências biológicas e provê especialistas altamente qualificados no plano tecnológico. O modelo biopsicossocial, às vezes também denominado global, holístico ou integral, funciona como um sistema aberto, no qual são considerados fatores complexos, de ordem orgânica, humana e social. A doença afeta a pessoa, sua família e a comunidade, o que exige uma abordagem contínua, da prevenção à reabilitação. O sistema de saúde está estruturado em torno de diferentes profissionais, trabalhando em colaboração, é aberto e interdependente com o meio social. A formação está fundamentada nas ciências humanas tanto quanto nas ciências biológicas e visa capacitar profissionais generalistas com competência ampla e diversificada (Araujo, 1988, Bury, 1979).

Mas, apesar das evidências irrefutáveis de evolução, as transformações desencadeadas ainda estão em curso, sendo possível constatar a co-existência dos modelos biomédico e biopsicossocial. Esta transição tem suscitado novos padrões de significação dos cuidados em saúde, os quais têm se refletido na atuação dos cuidadores, provocando mudanças na prática clínica. Diversas investigações apontam



para a importância de questões como percepção, autonomia, satisfação, confiança e participação ativa do usuário nos processos de decisão sobre os cuidados como fatores centrais nessa mudança (ONG et al., 1995, Sharf; Street, 1997).

Dessa forma, parece-nos essencial que se discutam políticas de formação profissional para a área e, nesse sentido, segue-se uma breve apresentação das diretrizes do SUS para a formulação de políticas de formação para a atuação no campo da saúde. Seus três princípios norteadores são: primeiro, o atendimento integral ou a integralidade da atenção; segundo, as decisões políticas principais submetidas à participação popular; e, terceiro, a prioridade para as atividades preventivas. Além destes, seguem-se onze princípios do modelo da atenção integral à saúde, que é um modelo de formação e de atuação para o profissional da saúde, os quais podem servir como avaliadores da situação atual do ensino em psicologia e também para orientar propostas de mudanças curriculares nos cursos de psicologia.

O modelo do SUS é contra o modelo pedagógico biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e centrado em procedimentos. Ele propõe a ruptura com esse modelo hegemônico e a busca de outros modos de construir aprendizagem significativa, modos nos quais os estudantes devem ser considerados como protagonistas ativos da aprendizagem. Que experiências da psicologia da saúde estão em consonância com esse modelo? De que modo são feitas as transposições de técnicas e procedimentos da clínica do individual para as novas situações? Como é o ensino nos cursos específicos existentes? Eis algumas questões sobre as quais os psicólogos interessados na psicologia da saúde devem refletir.

O modelo do SUS considera que os modos tecnológicos de atuar em saúde têm implicações sociais e políticas que devem ser analisadas tendo em vista os grupos de interesse específicos. Nesse sentido, é bastante esclarecedora a descrição de Ceccim e Feuerwerker (2004):

O modelo médico-hegemônico, por exemplo, expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde, que empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como à menor produção de autonomia dos mesmos, além da submissão dos processos decisórios sobre a organização do sistema de saúde à busca da padronização do processo saúde-doença, da focalização das intervenções e do arranjo entre cestas de ações básicas de saúde e serviços tecnológicos altamente especializados que fragmentam as populações sob assistência, os cuidados a serem assegurados, os padrões de acesso aos serviços e tecnologias, as práticas multiprofissionais, os estágios de adoecimento, as fases do horizonte clínico e tudo o mais que compete contra a integralidade (p. 1404).



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

A questão sobre se é viável a organização das práticas nos centros de atenção à saúde a partir das necessidades de saúde da população parece-nos que, nesse processo, os alunos poderão desempenhar um papel importante por meio de trabalho junto a centros de saúde locais. Ele entra em contato com a população e pode colher informes sobre suas necessidades.

O modelo da atenção integral é pela não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais sem compromisso com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população. A assistência apenas não é suficiente. Ele prevê também que o profissional deve interessar-se por compreender outras competências técnicas e mesmo saberes não profissionais, com a finalidade de obter uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde/doença, e que essa ampliação de referenciais na construção do repertório de compreensão e ação seja feita com o necessário reconhecimento dos próprios limites enquanto profissional. O modelo prevê também que seja sempre considerada a dimensão do cuidado; e outro princípio básico é o de que o domínio de tecnologias serve tanto para a atenção individual de saúde como para a saúde coletiva. É também um princípio da perspectiva da integralidade da atenção à saúde, uma vez que esta não se dirige somente ao tratamento, mas também à produção de saúde. E há ainda um aspecto que deve ser tomado como demanda às práticas da integralidade: a dimensão vivencial ou existencial. Ceccim e Feuerwerker (2004) salientam que a reclamação dos usuários não é feita, em geral, sobre uma eventual falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sobre uma “falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços à sua pessoa e ao seu problema particular” (p. 1.406).

Em 1986, com o advento da VIII Conferência Nacional de Saúde, diversas profissões, dentre elas a psicologia, passam a integrar o sistema de saúde pública. Nessa ocasião, o Conselho Federal de Psicologia apresentou um documento defendendo a constituição de equipes multiprofissionais integradas visando ao bem-estar do usuário e à redução de custos. Paralelamente, intensifica-se a preocupação com a formação dos profissionais de saúde. Considerando-se, uma vez mais, o conceito de atenção integral, torna-se uma exigência premente que suas competências não se limitem às práticas ambulatorial e hospitalar. No caso específico do psicólogo brasileiro, um estudo de 1988 apontava as limitações de uma formação clínica para o exercício profissional em outros contextos (Araujo, 1988, Silva, 1992, Spink, apud Spink, 1992).

É relevante lembrar que, desde 1983, durante a Conferência Internacional de Arden House sobre educação e treinamento em Psicologia da Saúde, foram traçadas algumas recomendações fundamentais para assegurar capacitação e treinamento ao psicólogo que atua especificamente nesse campo. Na oportunidade, enfatizou-



se a necessidade de propiciar uma formação global, tanto no plano científico quanto no profissional, que não se limite a uma única orientação metodológica ou teórica. Experiências de ensino e conteúdos de aprendizagem devem prever a multiplicidade de fatores (por exemplo, culturais, étnicos, de gênero, desenvolvimentais, hábitos de vida) com ênfase no impacto da intervenção sobre pacientes, famílias e instituição de saúde. A convergência entre teoria e prática inclui participação em um projeto de pesquisa sob supervisão. Também são necessários: treinamento em técnicas de avaliação e intervenção, treinamento de habilidades para colaboração com outros profissionais, instrução sobre aspectos deontológicos, éticos e legais, conhecimento sobre a organização do sistema de saúde e a administração sanitária. Para psicólogos clínicos da saúde, uma residência de pelo menos um ano em um programa interdisciplinar é indicada (Arnal, 1997, Sheridan; Radmacher, 1992).

Refletindo os avanços alcançados pela categoria ao longo de muitas décadas, a Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, que trata da importância da assistência nas unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do País, estabelece como critério de classificação para unidades do Tipo II o funcionamento de um serviço de psicologia no âmbito do hospital. E, mais recentemente, o PLS 77 03, que se encontra em tramitação, torna obrigatória a presença de psicólogos em serviços de saúde públicos e privados.

De modo geral, os psicólogos que atuam no campo da saúde realizam suas atividades em três vertentes principais: ensino, pesquisa e intervenção. Além de trabalharem em instituições de saúde, sobretudo hospitais, esses psicólogos estão empregados em universidades, escolas de medicina, centros de reabilitação, consultórios e em outros dispositivos, como, por exemplo, ambientes de trabalho (Straub, 2005). Uma quarta vertente, muito menos conhecida, mas de igual importância, é a participação no planejamento de políticas públicas em saúde. Aperfeiçoar o sistema de saúde e seus programas, avaliando o impacto do modo de funcionamento das instituições de saúde e da conduta de seus profissionais sobre o comportamento da população também são atribuições da categoria (Taylor, 1986).

No contexto nacional, a preocupação com a sistematização das intervenções psicológicas no campo da saúde vem interessando os pesquisadores desde a década de 80 (Zannon, 1981). Em consonância com as necessidades de qualificação permanente para atuação no sistema de saúde, foi constituído um grupo de trabalho interinstitucional para Criação da Gerência de Psicologia na Secretaria de Estado da Saúde no Distrito Federal, cuja proposta lista diversas competências, dentre elas a normatização, planejamento e acompanhamento das atividades do psicólogo em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde física e mental, passando pela preocupação com a integração das equipes de Psicologia no plano técnico e científico até a avaliação de programas de intervenção em curso e a capacitação profissional contínua (Albanuzzi et al., 2005).



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

Apesar de constituir uma área essencialmente interdisciplinar para a qual convergem as contribuições de diferentes disciplinas científicas e categorias profissionais, a Psicologia da Saúde conta, sobretudo, com a participação de psicólogos que complementam seus estudos de graduação, cursando programas de pós-graduação lato sensu e stricto sensu (Sheridan; Radmacher, 1992, Taylor, 1986). No Brasil, diversos programas de pós-graduação oferecem oportunidades de formação em nível de especialização, mestrado e doutorado.

Especificamente no contexto hospitalar, defende-se a especificidade da atuação do psicólogo, que se estende da promoção da qualidade de vida dos pacientes, passando pelas intervenções específicas de diagnóstico e tratamento (em particular as intervenções breves) até a necessidade de desenvolver a humanização do atendimento, favorecer a integração na equipe de saúde, elaborar programas e pesquisas (Chiatone, 2000). E por se tratar de um campo em franca expansão, em razão das mudanças sociais e da intensa incorporação de novas tecnologias, é indispensável oportunizar a educação contínua (Romano, 1999)

É consenso entre teóricos, profissionais e pesquisadores que a atuação no campo da saúde requer o desenvolvimento de habilidades específicas. Isto porque, além das atribuições mais tradicionais da função como diagnóstico e tratamento, o psicólogo se encontra inserido em um sistema institucional no qual se organizam as práticas assistenciais. Na maioria das vezes, esse psicólogo está vinculado a uma equipe multiprofissional, ou seja, suas ações devem se articular com as de outras categorias profissionais. A capacidade de trabalhar em equipe, visando ao planejamento das ações e à tomada de decisão grupal, impõe o estabelecimento de relações interprofissionais construtivas resultantes de treinamento prévio em habilidades comunicacionais destinadas ao contexto da saúde (Costa Neto; Araujo, 2001, Queiroz, 2003).

Todavia, para que uma tal articulação interprofissional aconteça dentro do modelo proposto pelo SUS, é necessário que sejam modificadas as relações de poder entre os profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia). Com relação a esse aspecto, Spink (2002) propõe que, na formação do profissional, ele possa adquirir competência para compreender os processos de institucionalização, o que sugere o ensino de Análise Institucional como uma ferramenta útil para alunos de graduação em psicologia, desde que tratada como uma prática significativa. Aprender a analisar significativamente o funcionamento das instituições pode ser para o aluno um exercício de responsabilidade social e construção de autonomia.

Vale destacar ainda, o aumento considerável da produção bibliográfica brasileira voltada para a área da saúde. Além da publicação de obras coletivas



e individuais fundamentadas em atividades de ensino, pesquisa e intervenção de diversos grupos de destaque nacional, é possível salientar a publicação de periódicos especializados. Assim, em 1991, entra em circulação a Revista de Psicologia Hospitalar, da coordenadoria das atividades dos psicólogos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo como editora Matilde Neder, que uma vez mais teve a iniciativa de promover a difusão do conhecimento psicológico desenvolvido na área hospitalar. Dentre as publicações periódicas especializadas nacionais, é possível citar: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Psicologia Hospitalar do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde e Mudanças: Psicologia da Saúde.

Cabe igualmente fazer notar a contribuição da Psicologia em atividades de formação, concomitante à intervenção, em instituições de saúde. Tradicionalmente, os conhecimentos psicológicos são ministrados ao longo da formação desde os cursos de graduação das demais categorias profissionais que atuam em saúde por meio de disciplinas ofertadas pelos cursos de psicologia, até mesmo no próprio curso de origem do profissional, como, por exemplo, Psicologia Médica. De maneira geral, a introdução de tópicos tais como a relação terapêutica, intervenções grupais, análise institucional e enfoque organizacional enriquecem a grade curricular, como também o treinamento em técnicas específicas como dinâmica de grupo e recursos observacionais. No Brasil, constituem experiências exemplares que recobrem várias décadas o Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto e a Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Gorayeb; Guerrelhas, 2003, Moraes; Pessotti, 1983). Em virtude da amplitude do voluntariado no campo da saúde contemporâneo, é importante lembrar que os psicólogos também vêm sendo convocados a participar da formação e treinamento desse importante segmento entre os agentes de saúde.

Em razão da multideterminação e complexidade intrínsecas ao conceito de saúde em nossa modernidade, instaura-se a exigência de um projeto de atenção integral. Para além da multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade, freqüentemente propaladas na esfera da saúde, almeja-se a interdisciplinaridade na execução dos programas de intervenção. Ou seja, não basta buscar uma convergência de disciplinas diferentes para análise de um mesmo objeto, sem compromisso de articulação sintética entre os diferentes pontos de vista, pois isto acarreta um detalhamento excessivo de alguns aspectos, perdendo-se, contraditoriamente, a visão global inicialmente pretendida. Neste caso, um determinado ponto de vista pode ser indevidamente subestimado ou superestimado distorcendo-se as metas estipuladas. Já a interdisciplinaridade pressupõe a idéia de interação e a intenção de operar uma síntese, cada disciplina contribuindo com seus próprios métodos e esquemas conceituais, o que traduz a essência dos objetivos delineados pelos

distintos programas de saúde. Quanto à transdisciplinaridade, por vezes também evocada no âmbito da saúde, existiria o desenvolvimento de uma axiomática comum a um conjunto de disciplinas, com a prévia adoção dos mesmos conceitos de base ou então elementos de um método. Na realidade, estas etapas, dificilmente dissociáveis, recobrem um processo, no qual o recurso a diferentes disciplinas conduz à descoberta de um espaço comum de reflexão e de ação, isto é, de uma zona interdisciplinar onde os avanços adquiridos ultrapassariam o campo restrito de uma única ciência e se inscreveriam paulatinamente em um espaço de constituição de saber transdisciplinar. É importante salientar, ainda, que para diversos teóricos a práxis é a concretização da interdisciplinaridade, uma vez que opera e regula a síntese entre os discursos vigentes. Ou seja, planejadas na convergência da diversidade e da unidade as intervenções em saúde são a expressão do espírito interdisciplinar (Araujo, 1988).

Significativas mudanças também podem ser observadas no campo assistencial em associação com a construção de um novo paradigma para a saúde. O modelo biomédico, pautado por uma visão cartesiana originada no século XVII, contribuiu para dotar com base científica os cuidados recomendados, eliminando o charlatanismo e aperfeiçoando a formação dos médicos. Mas, esse modelo não atende às concepções sistêmicas atuais. Por exemplo, não tem se mostrado útil para esclarecer que um mesmo conjunto de fatores desencadeia uma doença em algumas ocasiões e em outras não. Da mesma maneira, não tem obtido êxito em explicar que um tratamento possa curar uma pessoa e outra não. Também tem gerado outros efeitos nefastos para o sistema de saúde, pois exclui indiscriminadamente alternativas terapêuticas, alicerça-se sobre uma rígida divisão do trabalho, provoca a escalada medicamentosa, impulsiona a hiperespecialização entre os profissionais, suscita a dependência dos cidadãos e eleva os gastos do orçamento nacional em detrimento de outros setores igualmente essenciais (Dussault, 1985, Reis, 1999, Straub, 2005).

Tendências, desafios e compromissos

A sociedade brasileira viveu uma profunda mudança nos indicadores nacionais do Ensino Superior no período estudado (1991 – 2004) no presente trabalho. Também em nível internacional verificaram-se transformações nos indicadores educacionais do Ensino Superior com ações importantes. Neste cenário de profundas alterações no plano da equidade social, em diversos campos e dimensões da vida, do mundo do trabalho, das relações sociais e, em especial, da economia e da cultura, emergem novas necessidades humanas e sociais. A



história da constituição da Psicologia como Ciência e Profissão, em especial a sua institucionalização como ofício no campo e área da saúde parecem estar se reeditando. Foi para atender a necessidades sociais emergentes no século XIX que esta ciência se constituiu. Esse fenômeno, um século e meio depois se repete, agora em um novo contexto socioeconômico, histórico, cultural, político e tecnológico. No campo das populações, os indicadores apontam para uma tendência maior de exclusão de significativos contingentes populacionais do acesso aos bens socialmente produzidos e aos serviços básicos de saúde e educação.

Nesse contexto significativo para possíveis mudanças ou mesmo rupturas com os modelos mais tradicionais de atendimento em saúde às populações, as instituições formadoras de recursos humanos e, em especial, os Ministérios da Educação e da Saúde, podem e devem cumprir papel histórico estratégico no redirecionamento das políticas públicas em educação e saúde. No cenário analisado na trajetória histórica do curso de psicologia, no período de 1991 a 2004, tendências significativas nos indicadores estatísticos analisados foram identificadas. Evidencia-se uma primeira tendência relativa aos cursos. No ano de 1991 tínhamos 102 cursos em funcionamento, no ano de 2004 esse número chegou a 272 cursos com turmas de egressos já formados naquele ano. Segundo indicadores da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEPE, em março de 2006, o número de cursos de Psicologia subiu para 320. Esse crescimento acelerado no período em análise evidenciou tendência significativa nas instituições de ensino privado, apesar de ter ocorrido um crescimento importante nas instituições de ensino público no período.

Outra tendência verificada no estudo refere-se às vagas no curso de Psicologia. No primeiro ano do estudo (1991), verificou-se um índice de 9,45% de vagas não ocupadas. No último ano do estudo (2004) a ociosidade de vagas, isto é, número de vagas não ocupadas, subiu para 46,1%. Esta tendência define o movimento interno (ingressos, matrículas e concluintes) ocorrido ao longo do período estudado junto ao curso de Psicologia nas diferentes regiões. Na Região Norte, por exemplo, no ano de 1991 foram ofertadas 190 vagas e houve 190 ingressos, ou seja, todas as vagas foram preenchidas. Já no ano de 2004, quando foram ofertadas 1.706 vagas, ocorrendo ingresso de apenas 933, constatou-se não ocupação de 733 vagas; isto é, um índice de 45,3% de vagas ociosas. Essa mesma tendência verificou-se também na Região Nordeste, quando no ano de 1991 houve a ocorrência de 8,49% de vagas não ocupadas. No ano de 2004 essa tendência de vagas não ocupadas na Região Nordeste subiu para 21,9%.

Ao realizar uma avaliação dos últimos treze anos, estamos na verdade examinando o ápice da aplicação de uma política de Estado assumida pelos governos brasileiros a partir de 1967. A aplicação de um acordo binacional que ficou conhecido como MEC-USAID, ao longo das últimas quatro décadas, pode ser



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

avaliada hoje em uma das suas dimensões, qual seja a da abertura do acesso ao Ensino Superior no Brasil, por meio da franquia privilegiada, à iniciativa privada, de uma tarefa até então compreendida como sendo principalmente estatal.

Nesse contexto é que não pode ser alvo de surpresa o crescimento impressionante do número de cursos de Psicologia em todo o País. A qualificação desse crescimento é que merece ser alvo do esforço de compreensão de todos. Qualquer desatenção ao contexto que propiciou o estabelecimento da situação atual pode resultar na escolha de prioridades que invertam a ordem das coisas.

Tal é o caso, por exemplo, do problema das vagas ociosas nos cursos de graduação. Elas parecem ser resultado da aceitação da abertura de cursos atendendo a lógicas que não correspondem necessariamente às necessidades reais da sociedade brasileira e dos futuros alunos. A aplicação da chamada “lógica de mercado” ao mundo da educação cria problemas que depois são apresentados como algo que deva ser resolvido pela coletividade. Não pode ser tarefa social a correção de problemas gerados pela desordem criada pela “lógica de mercado”.

Sendo um bem social, a educação precisa ser tratada como tal, mesmo que preveja a inclusão de agentes privados em sua execução. Assim, o tema que merece atenção é o da responsabilidade social dos gestores da educação formal. De algum modo é sua obrigação mostrar para os futuros estudantes os riscos a que eles se expõem na escolha de cursos cuja trajetória não esteja claramente definida. Ao mesmo tempo, esses gestores precisam indicar para os empresários da educação que esse tipo de iniciativa pode não ser um bom negócio, ao menos no campo da Psicologia.

Ocorre que, sem esse tipo de sinalização, as pessoas investem (quer sejam estudantes ou empresários) e correm risco de se frustrarem. No caso dos estudantes, são anos de vida, além de um desembolso financeiro significativo que são desperdiçados. Para os empresários trata-se da escolha de um ramo de investimento sem condições de sustentabilidade ao longo dos anos, o que acaba gerando iniciativas de degradação da qualidade do ensino e crises com demissões de professores qualificados.

A partir das tendências acima descritas podemos vislumbrar alguns desafios: como o Estado, através do desenvolvimento de políticas públicas implementadas por meio do SUS e dos sistemas de ensino, poderá criar mecanismos de maior absorção do profissional da psicologia. Se enfrentado esse desafio, quais estratégias integradoras entre os sistemas e instituições municipais, estaduais e federais de saúde deverão ser implementadas e articuladas com os sistemas educacionais. Na perspectiva desse desafio, as instituições de ensino formadoras do profissional de psicologia deverão redefinir suas estratégias de articulação entre o ensino, pesquisa e extensão, criando



mecanismo de maior integração e capilaridade com aqueles segmentos sociais mais distanciados do acesso aos serviços de Psicologia na Saúde. Também o papel da docência, em especial na etapa de supervisão dos estágios e ao longo do processo de ensino da psicologia como ciência e profissão, deverão ser redefinidos a partir da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, das recomendações da VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, do SUS, e das novas Diretrizes Curriculares para o curso de Psicologia, em sintonia com o Plano Nacional de Educação.

Esse processo de redefinição das estratégias de ensino-aprendizagem na perspectiva desses novos organizadores das políticas públicas nas áreas de saúde e educação permitirá uma maior otimização das vagas ociosas nos diferentes cursos no conjunto das regiões do Brasil e, principalmente, uma melhoria significativa na qualidade do ensino da psicologia e, também, uma maior integração com o Sistema Único de Saúde – SUS. O processo de otimização dessas políticas de formação de recursos humanos e de maior capilaridade social junto àqueles segmentos sociais historicamente excluídos dos serviços de educação e saúde garantirá o efetivo desenvolvimento das habilidades e competências necessárias à formação do psicólogo para a área da saúde de que a sociedade brasileira necessita.

Ao concluir este estudo acerca da “Trajetória da Atenção à Saúde na Formação dos Psicólogos para a Área da Saúde”, da reflexão sobre os desafios que os estudos e pesquisas do Inep forneceram por meio dos indicadores estatísticos e das perspectivas abertas através da portaria interministerial que institucionalizou o presente estudo e o art. 200 da Constituição Federal, recomendamos a necessidade de novos estudos que objetivem também analisar a constituição de outras áreas da psicologia, em especial, a Psicologia do Trabalho, Escolar, Ambiental, Trânsito, Forense, entre outras.

Referências bibliográficas

- ALBANEZZI, R. M. B.; COURI, M. L.; COUTINHO, S. M. G.; DIOS, V. C.; FONSECA, D. N. M.; GUIMARÃES, S. S.; HANAMUZI, N. O.; MOTA, N. F.; RODRIGUES, I. C. G.; SEIDL, E. M. F. **Proposta de criação de gerência de psicologia (SES/DF)**. Brasília: CRP 01.
- ARAUJO, 1988, T. C. C. F. **L'Équipe pluridisciplinaire em milieu hospitalier pédiatrique: structure, mode fonctionnement et vicissitudes**. (Tese de Doutorado) Université de Paris X-Nanterre, v. 1 e 2, p. 1- 510, 1988.
- ARAUJO, T. C. C. F. Segunda Conferência Internacional Reconstruindo a Psicologia da Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n. 2, p. 199-200, 2001.
- ARNAL, R. B. **Introducción a la psicología de la salud**. Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro. 1997.
- BECK, A. T. The current state of Cognitive Therapy. A 40-Year retrospective. **Arch Gen Psychiatry**, vol 62, 2005, p. 953-959.
- BOBBIO, N. **Liberalismo y democracia**. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- BOSCHI, Maria de Fatima Lobo. **A psicologia na formação do professor – a psicologia nos programas dos cursos normais em Belo Horizonte (1930-1940)**. Tese de Mestrado. UFMG, 2000.
- BRELET, C. **La dimension culturelle de la santé et les droits de l'homme**. Disponível em http://www.cesh.org/colloque/2004/Communications_conferenciers/OMS. Acesso em 21/02/2006.
- BROZEK, Josef e MASSIMI, Marina (orgs). **Historiografia da Psicologia Moderna – versão brasileira**. São Paulo: Unimarco Editora e Edições Loyola, 1998
- BRUNET-JAILLY, J. La santé pour tous em l'an 2000? In Bernardis, M. A. **L'homme et la santé**. 1992, Paris: Seuil, 1992.
- BURY, J. A. Les services de psychologie médicale et de psychosomatique: pierre angulaire de l'enseignement des sciences humaines em medicine. **Revue de médecine psychosomatique**, v. 21, n. 4, p. 477-488, 1979.
- CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Notas para uma história das idéias psicológicas em Minas Gerais in **Psicologia possíveis olhares outros fazeres**. Conselho Regional de Psicologia 4ª região. Belo Horizonte, 1992.



- CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique**, Paris: Presses Universitaires de France, 5ª. ed., 1984.
- CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 20(5): 1400-1410.
- CHIATONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da saúde**. Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 73-165.
- COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas “psi” no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Pesquisa com Psicólogos**. Brasília: 2004.
- COSTA NETO, S.; ARAUJO, T. C. C. F. **Tomada de decisão em equipe de saúde**: estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante. Disponível em <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigo>.
- DUSSAULT, G. Professionalisation et déprofessionalisation, In DUFRESNE, J. (Org.). **Traité d’anthropologie médicale**, l’institution de la santé et de la maladie, Presses Universitaires du Québec, p. 605-616, 1985.
- FOUCAULT, M. A Psicologia de 1850 a 1950. In M. BARROS DA MOTTA (Org.), **Michal Foucault/Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise (pp. 122-139). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999 (original publicado em 1957).
- FRANKISH, C. J. (Org.). **Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy**. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, Université de la Colombie-Britannique, 1996.
- GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática médica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.
- KERBAUY, R. R. (Org.). **Comportamento e saúde: explorando alternativas**. Santo André: ARBytes Editora, 1999.
- MASSIMI, Marina e GUEDES, Maria do Carmo (org). **História da psicologia no Brasil: novos estudos**. São Paulo: EDUC, Cortez, 2004.
- MARKS, D. F. Health Psychology as a new field of inquiry. In MARKS, D. F.; MURRAY,



A Trajetória dos Cursos de graduação na Saúde

- M.; EVANS, B.; WILLIG, C. (Orgs.). **Health Psychology**. Theory, Research and Practice. London: Sage, 2000. p. 3-25.
- MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MORAES, A. B. A.; PESSOTTI, I. O ensino de Psicologia em Odontologia. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 37, p. 338-345, 1983.
- NEDER, M. O psicólogo no hospital. **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 1, nº 1, p. 6-15, 1991.
- OGDEN, J. **Health psychology. A textbook**. Buckingham: Open University Press, 1996.
- ONG, L. M. L.; DE HAES, J. C. J. M.; HOOS, A. M.; LAMMES, F.B. Doctor patient communication: a review of the literature. **Social Science and Medicine**, v.40, nº 7, p. 903-918, 1995.
- PEREZ-RAMOS, A. M. Q. Humanização Hospitalar: conquistas e desafios na realidade brasileira. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Ano XXV, nº 3/05, setembro-dezembro 2005, p. 19-20.
- PERRON, R. (Org.). **La Pratique de la Psychologie Clinique**. Paris: Dunod, 1997
- QUEIROZ, E. **Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação** (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, 2003.
- REIS, J. C. **O sorriso de Hipócrates**. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Veja, 1999.
- ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- ROTTER, J. A historical and theoretical analysis of some broad trends in clinical psychology. Em S. KOCK (Org.), **Psychology: A Study of a Science**, vol. 5, pp. 780-830. New York: McGraw Hill, 1963.
- SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva



- latino-americana. In ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da saúde**. Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.
- SHARF, B. E.; STREET JR., R. L. The patient as a central construct: shifting the emphasis. **Health Communication**, v. 9, n. 1, p. 1- 11, 1997.
- SHERIDAN, C. L.; RADMACHER, S. A. **Health psychology**. Challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons, 1992.
- SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e saúde**. Repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 25-46.
- SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e saúde**. **Repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 11-23.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. trad. Ronaldo Cataldo Costa, Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SZASZ, T. **La Schizophrenie: le symbole sacré de la psychiatrie**. Paris: Payot, 1985.
- TAYLOR, S. E. **Health psychology**. New York: Random House, 1986.
- YVGOTSKY, L.S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- YVGOTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 3ª ed. 1989.
- YVGOTSKY, L.S. **Psicologia da Arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed. 1999.
- WALLON, H. **Do Acto ao Pensamento**. Lisboa: Editorial Afrontamento, 1978.
- WALLON, H. **A Formação do Pensamento na Criança**. São Paulo: Editora Manole, 1991.
- ZANNON, C. M. L. da C. Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. **Boletim de Psicologia**, v. 33, n. 81, p. 40-51, 1981.

Agradecimento especial ao Psicólogo Robson Medeiros Araújo, Técnico da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP pela colaboração na análise estatística.

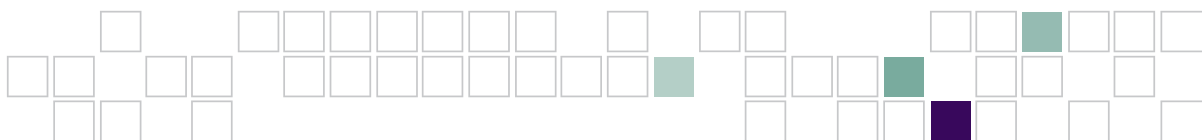
Catarina Maria Schmickler

Professora Doutora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC.

Edaléa Maria Ribeiro

Professora Doutora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS – Regional Sul I.

SERVIÇO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL E ORIENTAÇÃO



Retrospectiva histórica da formação profissional em Serviço Social no Brasil

A última década do século XX e início dos anos 2000 explicitaram tempos de importantes transformações e inquietações no que se refere aos rumos da educação superior brasileira. É um tempo marcado por ampla e profunda reforma da educação superior pós-ditadura militar, tendo como base legal a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. A regulamentação da LDB, assim como o Plano Nacional de Educação – PNE de 2001, tem permitido uma rápida e radical alteração da educação no Brasil, em todos os níveis, com destaque para a universidade brasileira e, conseqüentemente, para os cursos de graduação presenciais de Serviço Social hoje inseridos nas IES de todo o País. Os dados do MEC/Inep/Deaes, referentes ao Senso da Educação Brasileira, aqui apresentados, são reveladores destas mudanças.

Para o entendimento do momento atual é imprescindível uma retrospectiva dos cursos de Serviço Social no Brasil, retrospectiva esta que aponta para momentos históricos que têm, como pano de fundo, importantes lutas políticas que ambientaram a construção do que é hoje a profissão de assistente social.

Os cursos de graduação presenciais de Serviço Social no Brasil surgem em pleno governo Vargas, na segunda metade dos anos 30, contexto de profundas transformações, tanto econômicas quanto sociais e políticas. Em 1936 o Centro de Estudos e Ação Social – CEAS cria, em São Paulo, a primeira Escola de Serviço Social. Em 1937 surgem o Instituto Social e a Escola Ana Néri, ambas no Rio de Janeiro. Em 1940, é fundado o Instituto de Serviço Social de São Paulo (escola masculina) e a Escola de Serviço Social em Pernambuco. Três anos mais tarde, em 1943, surge a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro (atual PUC-RJ) Em 1944 é criada a Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth, também no Rio de Janeiro assim como as escolas de Serviço Social do Paraná e da Bahia. Em 1945 iniciam atividades as escolas de Porto Alegre, Natal e Niterói; em 1946 a escola de Minas Gerais; em 1950 a escola de Campinas; em 1951 a escola de João Pessoa e, em 1954, a Escola Maranhense de Serviço Social e a escola de Sergipe.

Em 1955, início do governo Juscelino Kubitscheck, o Brasil contava com 21 cursos funcionando em 17 Estados, com um número aproximado de 700 alunos regularmente matriculados, e com 877 alunos diplomados no período 1936-55. (Sá, 1995).

De todas estas escolas, apenas duas eram vinculadas a prefeituras: a Escola Ana Néri, da Universidade do Brasil, e a Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth. As demais foram criadas e/ou mantidas por organismos da

Igreja, que nestes tempos passava por um discurso católico de popularização, pelo combate à laicização republicana, às idéias positivistas de Comte que influenciavam o pensamento brasileiro e ao liberalismo político.

O Serviço Social vinculado organicamente à Igreja refletia o posicionamento desta diante dos fatos históricos. Os currículos de Serviço Social expressavam essa posição: o objetivo, assim como o perfil do profissional de serviço social eram atravessados pelo ideal pedagógico cristão, que tinha como substrato o neotomismo.

Historicamente, a política de formação profissional do assistente social no Brasil tem sido assumida pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS¹. Surgida em fevereiro de 1946, com a denominação de ABESS, foi organizada pela Escola de Serviço Social de São Paulo, pelo Instituto Social do Rio de Janeiro e pelo Instituto de Serviço Social de São Paulo. À época existiam 13 cursos de Serviço Social no Brasil.

Em 1951 associam-se a ABESS, as escolas de Recife, Natal, Belo Horizonte, Curitiba e Niterói, e, em 1953, as escolas de Campinas, Salvador, Fortaleza, João Pessoa, Porto Alegre, Vitória, São Luiz do Maranhão e Ana Néri, do Rio de Janeiro.

A preocupação inicial principal da ABESS é com a regulamentação do ensino de Serviço Social em nível único e superior no Brasil, além de buscar promover adoção de um padrão mínimo de ensino, intercâmbio e colaboração entre seus membros, assim como representar os interesses coletivos das escolas.

Segundo Sá (1995, p. 77) a Ata da Reunião de Encerramento da III Convenção, 1953, afirma que “é de toda a conveniência que a lei classifique o ensino de Serviço Social em nível superior e único. Superior, porque os estudos são de nível superior; e único, porque o Serviço Social é um todo orgânico”. Este propósito encontra razão no fato de ter havido no interior da profissão uma discussão sobre o estabelecimento do serviço social em dois níveis: superior e médio.

No dia 13 de junho de 1953 é aprovada a Lei nº 1.889, regulamentando o ensino do Serviço Social, em nível superior, com a duração mínima de três anos. Ainda na referida Lei, encontra-se a recomendação, por parte MEC/Inep (art. 4º, p. 85), de que as escolas organizem cursos de pós-graduação destinados à especialização e aperfeiçoamento de assistentes sociais. Em 8 de abril de 1954, a Lei nº 1.889 é regulamentada pelo Decreto nº 35.31 que especifica a finalidade do Serviço Social.

Pari Passu à tarefa de construir legitimidade legal para a ação do Assistente Social, a ABESS ainda promovia encontros, que a partir do ano de 1951 assumiram

¹ Inicialmente foi denominada de Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social, posteriormente de Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social e, finalmente, em 1988, depois de reformulação estatutária, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

o caráter de Convenções Nacionais, bem como estabeleceu intercâmbio com a União Católica Internacional de Serviço Social – UCISS.

Segundo Lima (1983, p.71), a UCISS “foi criada em 1925, com sede em Bruxelas, Bélgica, por Mlle. Marie Baers. Sua importância e influência nas escolas brasileiras decorreu do fato de ser a UCISS uma entidade confessional, visando a congregar escolas e membros individuais, com objetivo de estabelecer métodos de trabalho baseados nos princípios cristãos e de cooperar na fundação de escolas de Serviço Social, favorecendo o intercâmbio entre elas”.

Por ocasião da Segunda Guerra Mundial, intensifica-se, por parte do Estado brasileiro, o estímulo às bolsas de estudo nos Estados Unidos, em razão do programa de assistência das Nações Unidas aos países latino-americanos. Assim, durante as décadas de 1940 e 1950 a ABESS sustentava um projeto de formação profissional, não só vinculado aos princípios cristãos como, também, marcado pelo tecnicismo advindo da influência norte-americana, o que levou ao fortalecimento da profissão no âmbito da sociedade brasileira e latino-americana.

Em meados da década de 1960, ao mesmo tempo em que se verifica a consolidação gradativa da profissão, eram crescentes as manifestações em relação à necessidade de uma profunda revisão do seu projeto que apresentava forte viés norte-americano, em que pese o papel do assistente social no contexto de uma sociedade brasileira e latino-americana cada vez mais desigual.

Assim, na segunda metade da década de 70, apesar da repressão dos regimes ditatoriais presentes em praticamente toda América Latina, o Serviço Social vive um período de grande efervescência política e intelectual, em que a ABESS mais uma vez protagoniza o debate sobre a formação do assistente social no Brasil, vinculando-o ao debate da conjuntura da sociedade brasileira. Esse movimento deu origem à redefinição do currículo mínimo para os cursos de Serviço Social, posteriormente aprovado pelo Conselho Federal de Educação, em 1982.

Esse processo revela o rompimento com uma concepção de formação profissional pautada na preparação de profissionais para o emprego, e pressupõe uma formação científica e técnica de profissionais capazes não só de atender as demandas do mercado de trabalho, mas também de criar novas alternativas em diferentes espaços ocupacionais, iniciando a articulação de uma outra direção social para a formação profissional.

A ABESS e os cursos de Serviço Social a ela filiados passam a entender que “um projeto de formação profissional supõe a discussão de um projeto profissional que configure uma proposta de intervenção capaz de responder às exigências históricas que vêm se colocando para o Serviço Social no Brasil a partir do que se denomina de classes populares”. (Silva, 1994, p. 8-9). Isso significa dizer, em última

instância, que a dimensão política lhe é inerente e está diretamente relacionada aos projetos societários presentes num determinado momento histórico. (Netto, 1999).

O caráter ético-político que orienta, pois, a profissão, segundo Ferreira (2000, p. 92), se constitui como um princípio básico do projeto profissional estando ancorado na “liberdade como valor central, que se expressa no compromisso com a autonomia, a emancipação e a expansão dos indivíduos sociais”. Nesse sentido, é clara a defesa da equidade e da justiça social que se realiza através da universalidade de acesso aos bens e serviços referentes às políticas sociais. Para a autora, esses valores, no âmbito da prática profissional, se expressam na “defesa da qualidade dos serviços, na competência profissional, na viabilização dos direitos sociais e da cidadania, na luta pela radicalização da democracia, no aprimoramento intelectual dos profissionais²”. (Idem).

Alicerçada nessa concepção de projeto profissional a ABESS direciona mais uma vez o debate sobre a formação dos assistentes sociais no Brasil, por meio de uma discussão coletiva que envolveu todas as unidades de ensino afiliadas. Tal discussão ocorreu no espaço de três anos (1994 – 1996), com a realização de oficinas locais, regionais e nacionais⁴.

Nesses espaços foram construídas as diretrizes curriculares, em consonância com o Código de Ética Profissional e com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei no 8.662/93), ambos de 1993. Tais diretrizes, aprovadas em Assembléia Geral, extraordinária, da ABEPSS em novembro de 1996³, são posteriormente parcialmente aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação/Ministério da Educação, em 2001. Importa salientar que a Lei de Diretrizes e Bases, que altera radicalmente o Ensino Superior brasileiro é, também, de 1996.

Os pressupostos norteadores da concepção de formação profissional, que informa as atuais diretrizes curriculares pautam-se nas idéias de que:

o Serviço Social se particulariza nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva no âmbito da questão social, expressa pelas contradições do desenvolvimento do capitalismo monopolista. A relação do Serviço Social com a questão social – fundamento básico de sua existência – é mediatizada por um conjunto de processos sócio-históricos e teórico-metodológicos constitutivos de seu processo de trabalho. O agravamento da questão social em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva no Brasil, nos marcos da ideologia neoliberal, determina uma inflexão no campo profissional do Serviço Social. Esta inflexão é resultante de novas requisições postas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reforma do

² Em 1996 havia 75 cursos de graduação presenciais de Serviço Social, sendo 31 públicos, e 44 privados.

³ Diretrizes curriculares que orientam até a presente data os cursos de Serviço Social no Brasil.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Estado e pelo movimento de organização das classes trabalhadoras, com amplas repercussões no mercado profissional de trabalho. O processo de trabalho do Serviço Social é determinado pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social e pelas formas históricas de seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais. (ABEPSS/CEDEPSS, 1997, p.60-61).

Assim, as diretrizes curriculares privilegiam a formação profissional em três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Estas dimensões estão intrinsecamente articuladas e através delas se pretende formar um assistente social capaz de: apreender criticamente os processos sociais numa perspectiva de totalidade; analisar o movimento da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento capitalista no Brasil e a inserção do Serviço Social nessas relações sociais; compreender o significado histórico da profissão e o seu desenvolvimento sócio-histórico nos cenários internacional e nacional; identificar as demandas presentes na sociedade e desvelar as possibilidades de ação contidas na realidade; formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social considerando as articulações entre o público e o privado; compreender o trabalho profissional como trabalho socialmente determinado, reconhecendo-se como trabalhador assalariado. (ABEPSS/CEDEPS, 1997); (Ferreira, 2000); (Mendes, 2004).

Ao longo dos 60 anos de existência, a hoje denominada ABEPSS expressa uma trajetória que explicita uma concepção de formação profissional pautada na preparação de profissionais com uma formação científica e técnica capaz não só de atender às demandas do mercado de trabalho, como também de criar novas alternativas em diferentes espaços sócio-ocupacionais.

O momento conjuntural atual da sociedade brasileira explicita um cenário importante. Cenário de muitas transformações e inquietações no que se refere aos rumos do Ensino Superior brasileiro, em que se coloca, de forma inconteste, o desafio da reafirmação das diretrizes curriculares e do projeto ético-político construído pela categoria profissional. A reforma universitária, ora em curso, mobiliza em todos os sentidos, sobretudo no de ampliar e consolidar o debate sobre a temática da formação profissional do assistente social. Por outro lado, a reforma do Estado vem alterando significativamente as condições de trabalho do profissional de Serviço Social, nas esferas pública e privada, com a extinção de postos de trabalho e serviços, demissões, contenção de salários, aumento assustador dos índices de desemprego e precarização das condições do exercício profissional. Os espaços ocupacionais, outrossim, sofrem significativas mudanças trazendo imensos desafios, ampliando as exigências de estratégias políticas e de clareza teórico-metodológica sobre as novas expressões da questão social, assim como,

sobre as condições e relações de trabalho, e sobre a qualificação profissional.

As alternativas político-profissionais diante destes desafios exigem a busca de maior qualificação profissional no sentido de possibilitar a construção de ações profissionais que ajudem a reverter o cenário de injustiças e desigualdades sociais, em sintonia com os princípios norteadores do projeto ético-político da profissão, e com a formação qualificada de assistentes sociais que sejam críticos e competentes teórica, técnica e politicamente.

A descrição numérica de algumas variáveis com que o Censo da Educação Superior trabalhou em 2004 em relação aos cursos de Serviço Social no Brasil – no período 1991 a 2004 – será apresentada a seguir.

Tendências da oferta de cursos e vagas disponíveis para o Serviço Social no Brasil

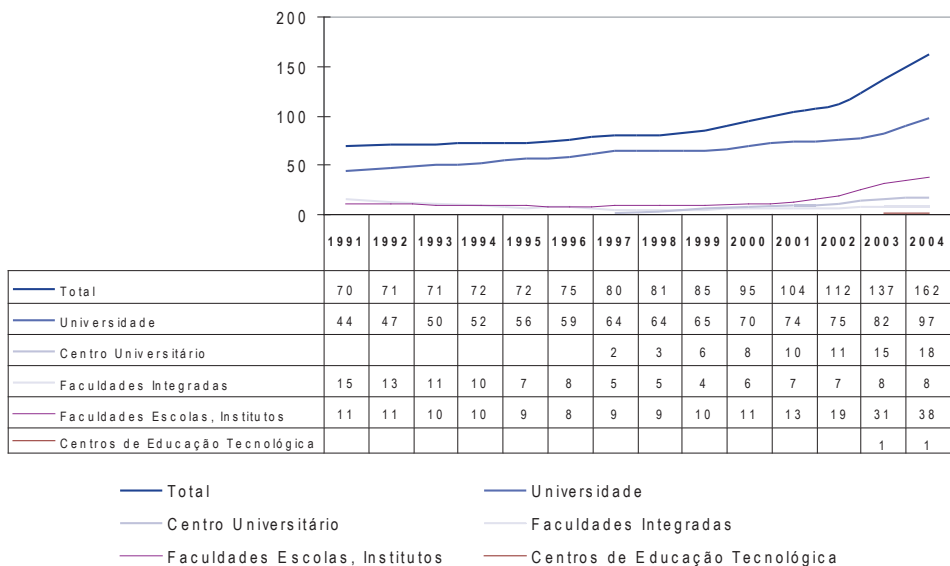
Com o Censo da Educação Superior realizado, anualmente, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep/MEC, um complexo conjunto de informações tem sido reunido para o conhecimento do sistema de educação superior no Brasil. Para conhecimento sobre os cursos de Serviço Social no País foram recortados aqui alguns números de algumas variáveis trabalhadas pelo Censo, abrangendo o período que vai de 1991 a 2004.

Tabela 1. Número de cursos de graduação presenciais de Serviço Social, por região geográfica

| Região geográfica | Ano | | | | | | | | | | | | | Δ % 1991/2004 | |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | | 2004 |
| Total | 70 | 71 | 71 | 72 | 72 | 75 | 80 | 81 | 85 | 95 | 104 | 112 | 137 | 162 | 131,4 |
| Norte | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 8 | 11 | 266,7 |
| Nordeste | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 14 | 15 | 16 | 18 | 18 | 38,5 |
| Sudeste | 35 | 35 | 35 | 36 | 36 | 38 | 40 | 40 | 42 | 45 | 48 | 52 | 66 | 82 | 134,3 |
| Sul | 15 | 16 | 16 | 16 | 16 | 17 | 20 | 20 | 21 | 25 | 30 | 33 | 38 | 45 | 200,0 |
| Centro-Oeste | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 50 |

O número de cursos de graduação em Serviço Social a partir do início de seu funcionamento, em 1936, veio crescendo gradativamente até 1996 quando, impulsionado pela Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº 9.394/96), iniciou progressivo crescimento. O triênio 2002 – 2004 merece destaque uma vez que o número de cursos novos no País passou de 112 para 162, ou seja, teve um aumento de 69,1%. Esta tendência de crescimento foi mais tímida no Centro-Oeste, Nordeste e Norte. O Centro-Oeste, que em 1991 contava com apenas quatro cursos, chegou a apenas seis em 2004, registrando-se o fechamento de um curso em relação a 2003. O baixo crescimento dos cursos de Serviço Social nesta região é compatível com o tímido crescimento de diferentes cursos no Brasil que, em termos globais, teve um incremento nacional de apenas 7,6%. A Região Norte, que em 1991 contava com apenas três cursos, teve um crescimento ligeiramente maior, alcançando 2004 com o número de 11. No entanto, a Região Nordeste, apesar de iniciar o ano de 1991 com 13 cursos, teve um crescimento ainda mais lento, uma vez que em 2004 contava com somente cinco a mais, ou seja, 18. O Sul, com 15 cursos em 1991, revela um potencial de crescimento de 200%, tendo chegado em 2004 com 45 cursos. O Sudeste, de grande densidade demográfica, e que tem São Paulo como pólo econômico, destaca-se em relação à capacidade de formação de novos assistentes sociais pois, em 1999, já contava com 35 cursos e, em 2004, manteve-se no topo do *ranking* nacional com 85 cursos.

Gráfico 1. Tendências da oferta de cursos de graduação presenciais de Serviço Social, por categoria de organização acadêmica



A visualização da distribuição de cursos em relação à organização acadêmica revela um cenário que permite outras considerações. As universidades, *locus* onde, por força do art. 52 da LDB, necessariamente se realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de possuírem no mínimo 1/3 de doutores e mestres e contarem com 1/3 de professores contratados em regime de tempo integral, é um núcleo com potencial para possibilitar uma formação profissional melhor qualificada. Além de conteúdos teóricos e práticos, é lugar de intensa produção intelectual com contribuição significativa para o avanço do conhecimento científico.

Em 2004, no cenário nacional, as universidades representam 59,9% das instituições de Ensino Superior onde são formados assistentes sociais e, historicamente, mantêm a superioridade em relações às demais. As faculdades integradas, pertencentes essencialmente ao setor privado (97,5%) – e, neste âmbito, ao setor particular (83,6%) – somavam 15 unidades em 1991, tendo decrescido gradualmente em número até 1999, chegando em 2004 com oito cursos. As faculdades, escolas e institutos são responsáveis pelo segundo índice depois das universidades, representando, em relação ao âmbito nacional, um percentual de 23,4%. Os centros universitários, instituições que se dedicam prioritariamente ao ensino de graduação, sem exigência legal para exercerem atividades de pesquisa e extensão, apesar de contarem com cursos de Serviço Social somente a partir de 1997, tiveram um crescimento gradual até 2004, totalizando, neste ano, 18 cursos. Representam 11,11% no cenário nacional. Os centros de educação tecnológica e faculdades de tecnologia, responsáveis por uma educação eminentemente profissionalizante, estão ainda pouco representadas, em razão do seu surgimento recente. Um único curso de Serviço Social foi iniciado em 2003 não tendo ainda formado nenhuma turma.

Tabela 2. Número de vagas oferecidas nos cursos presenciais de Serviço Social, por região geográfica

| Região | Ano | | | | | | | | | | | Δ % 1991/2004 | | | |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|--------|--------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | 260 | 260 | 270 | 270 | 270 | 260 | 308 | 378 | 384 | 412 | 456 | 456 | 926 | 1.606 | 517,7 |
| Nordeste | 1.335 | 1.365 | 1.245 | 1.365 | 1.403 | 1.395 | 1.447 | 1.402 | 1.403 | 1.455 | 1.545 | 1.705 | 1.820 | 1.851 | 38,7 |
| Sudeste | 3.630 | 3.739 | 3.501 | 3.444 | 3.066 | 3.304 | 3.933 | 3.519 | 3.697 | 4.283 | 4.683 | 5.655 | 7.963 | 9.190 | 153,2 |
| Sul | 1.161 | 1.081 | 891 | 1.046 | 986 | 1.111 | 1.321 | 1.407 | 1.379 | 1.848 | 2.573 | 3.159 | 3.354 | 3.696 | 218,3 |
| Centro-Oeste | 400 | 400 | 365 | 280 | 275 | 260 | 331 | 325 | 430 | 610 | 500 | 500 | 560 | 510 | 27,5 |
| Total | 6.786 | 6.845 | 6.272 | 6.405 | 6.000 | 6.330 | 7.340 | 7.031 | 7.293 | 8.608 | 9.757 | 11.475 | 14.623 | 16.853 | 148,3 |

Se o sistema de educação superior brasileiro, como um todo, ofereceu 2.320.421 vagas no ano de 2004, este número chegou a 16.853 para os cursos de Serviço Social, com um percentual de crescimento em relação a 1991 de 148,3 pontos. A região que mais se destaca, em termos absolutos, é a Região Sudeste com 9.190 vagas e com 8.680 vagas a mais do que a Região Centro-Oeste, que ofereceu o menor número em 2004, revelando um decréscimo iniciado no ano de 2001, enquanto as vagas cresciam em oferta nas demais regiões do País. De forma geral, o incremento de vagas foi mais substantivo a partir de 2002, provavelmente em decorrência das disposições constantes do Plano Nacional da Educação – PNE, de 2001, que tem como meta oferecer educação superior para 30% da população com idade entre 18 e 24 anos, até o final da década.

Tabela 3. Relação entre a oferta de vagas e o número de cursos presenciais de Serviço Social por categoria administrativa

| Ano | Pública | | | Privada | | | Total | | |
|------|---------|--------|--------------|---------|--------|--------------|--------|--------|--------------|
| | Vagas | Cursos | Vagas/Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/Cursos | Vagas | Cursos | Vagas/Cursos |
| 1991 | 2.090 | 29 | 72,1 | 4.696 | 41 | 114,5 | 6.786 | 70 | 96,9 |
| 1992 | 2.171 | 31 | 70,0 | 4.674 | 40 | 116,8 | 6.845 | 71 | 96,4 |
| 1993 | 2.025 | 31 | 65,3 | 4.247 | 40 | 106,2 | 6.272 | 71 | 88,3 |
| 1994 | 2.285 | 31 | 73,7 | 4.120 | 41 | 100,5 | 6.405 | 72 | 88,6 |
| 1995 | 2.248 | 31 | 72,5 | 3.752 | 41 | 91,5 | 6.000 | 72 | 83,3 |
| 1996 | 2.160 | 31 | 69,7 | 4.170 | 44 | 94,8 | 6.330 | 75 | 84,4 |
| 1997 | 2.642 | 33 | 80,1 | 4.698 | 47 | 99,9 | 7.340 | 80 | 91,8 |
| 1998 | 2.657 | 33 | 80,5 | 4.374 | 48 | 91,1 | 7.031 | 81 | 86,8 |
| 1999 | 2.363 | 28 | 84,4 | 4.930 | 57 | 86,5 | 7.293 | 85 | 85,8 |
| 2000 | 2.571 | 31 | 82,9 | 6.037 | 64 | 94,3 | 8.608 | 95 | 90,6 |
| 2001 | 2.515 | 32 | 78,6 | 7.242 | 72 | 100,6 | 9.757 | 104 | 93,8 |
| 2002 | 2.713 | 35 | 77,5 | 8.762 | 77 | 113,8 | 11.475 | 112 | 102,4 |
| 2003 | 3.047 | 44 | 69,2 | 11.576 | 93 | 124,5 | 14.623 | 137 | 106,7 |
| 2004 | 3.065 | 46 | 66,6 | 13.788 | 116 | 118,9 | 16.853 | 162 | 104,0 |

Quando relacionamos as variáveis “vagas” e “número de cursos”, por categoria administrativa no período 1999 – 2004, o cenário revela novas informações. É possível perceber, por exemplo, que as instituições privadas sempre detiveram o maior número de cursos em relação às públicas, formando, conseqüentemente, maior número de assistentes sociais. Este fato é ainda mais relevante quando observamos o progressivo incremento de vagas nas IES privadas, sobretudo nos dois últimos anos, o que significa uma relação vagas/cursos de 118,9 para o segmento privado e apenas 66,6 para as IES públicas. Em 1999 a relação vagas/cursos era de 114,5 nas IES privadas, e de somente 72,1 nas IES públicas, maior, portanto, que em 2004. É possível deduzir, desta forma, que a LDB (1996) e o Plano Nacional de Educação (2001) tiveram influência marcante enquanto políticas para a educação superior brasileira. É importante observar, ainda, que não está refletida no censo de 2004 a agressiva política de expansão do sistema federal público iniciada em 2005. Apesar disso, o crescimento médio das federais nos últimos três anos foi de 9,2%, o das estaduais, 6,2% e o das municipais, 5,4% (Brasil, 2005).

Tabela 4. Número de vagas em cursos presenciais de Serviço Social por um milhão de habitantes, por região geográfica

| Região/ Unidades da Federação | Ano | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Norte | 25,0 | 24,2 | 24,6 | 23,9 | 23,4 | 21,9 | 25,4 | 30,5 | 30,3 | 31,8 | 34,5 | 33,7 | 67,2 | 114,2 |
| Nordeste | 31,0 | 31,2 | 28,1 | 30,5 | 30,9 | 30,5 | 31,2 | 29,9 | 29,6 | 30,0 | 31,9 | 34,9 | 36,9 | 37,1 |
| Sudeste | 57,0 | 57,5 | 53,0 | 51,4 | 45,1 | 48,0 | 56,4 | 49,8 | 51,6 | 59,0 | 63,7 | 75,9 | 105,6 | 120,4 |
| Sul | 52,0 | 47,3 | 38,5 | 44,6 | 41,6 | 46,3 | 54,4 | 57,3 | 55,4 | 73,4 | 101,1 | 122,7 | 128,9 | 140,4 |
| Centro-Oeste | 41,0 | 40,2 | 35,9 | 26,9 | 25,9 | 24,0 | 30,0 | 28,9 | 37,5 | 52,3 | 42,0 | 41,3 | 45,5 | 40,7 |
| Total | 45,0 | 44,9 | 40,6 | 40,8 | 37,7 | 39,3 | 44,9 | 42,4 | 43,4 | 50,6 | 56,6 | 65,7 | 82,7 | 94,1 |

As vagas em cursos presenciais de Serviço Social, no País como um todo, mantiveram-se estáveis de 1991 até 2001 com pequenas oscilações. Em 2003 percebe-se um salto considerável, chegando em 2004 com 94,1 vagas por milhão de habitantes. O Centro-Oeste apresenta uma trajetória uniforme no período 1991 – 2004, com pequenas oscilações e com crescimento em suave ascensão. O Nordeste, dentre as cinco regiões, mostra a maior estabilidade na série estatística, sem revelar aumento que mereça destaque, mesmo após a implantação da LDB. O mesmo não ocorreu com a Região Sul, que esteve estável até 2000, quando iniciou um acelerado crescimento. Nesta região se encontra a maior concentração de vagas para o Serviço Social (140,4 por milhão de habitantes), enquanto as regiões Centro-Oeste e Nordeste registram apenas 40,7 e 37,1, respectivamente.

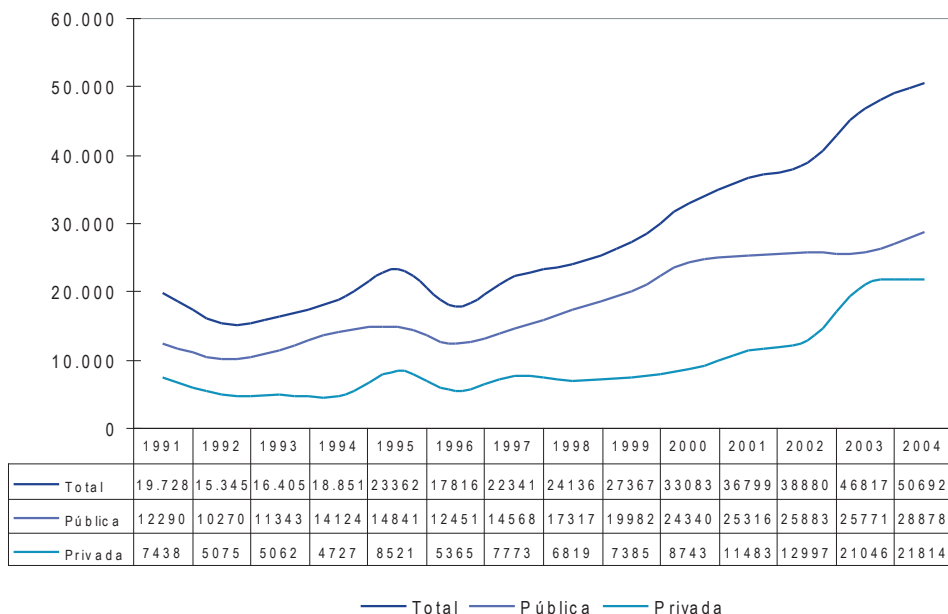
A demanda para os cursos de Serviço Social no Brasil

Tabela 5. Número de candidatos inscritos em processo seletivo para cursos presenciais de Serviço Social, por região geográfica

| Região | Ano | | | | | | | | | | | Δ % 2004/1991 | | | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|-------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | | 2002 | 2003 | 2004 |
| Total | 19.728 | 15.345 | 16.405 | 18.851 | 23.362 | 17.816 | 22.341 | 24.136 | 27.367 | 33.083 | 36.799 | 38.880 | 46.817 | 50.692 | 157,0 |
| Norte | 2.280 | 2.289 | 2.275 | 2.845 | 2.204 | 2.067 | 2.181 | 2.191 | 2.316 | 4.058 | 2.618 | 3.174 | 7.433 | 9.525 | 317,8 |
| Nordeste | 8.511 | 5.436 | 6.135 | 7.126 | 11.028 | 6.837 | 7.583 | 8.221 | 9.589 | 9.855 | 10.922 | 12.259 | 12.455 | 14.177 | 66,6 |
| Sudeste | 5.579 | 5.379 | 6.150 | 6.521 | 7.381 | 6.198 | 8.657 | 8.890 | 10.271 | 13.250 | 14.503 | 14.338 | 18.033 | 19.109 | 242,5 |
| Sul | 1.902 | 1.201 | 1.087 | 1.347 | 1.704 | 1.988 | 2.754 | 3.118 | 3.564 | 3.898 | 6.112 | 6.727 | 6.330 | 5.856 | 207,9 |
| Centro-Oeste | 1.456 | 1.040 | 758 | 1.012 | 1.045 | 726 | 1.166 | 1.716 | 1.627 | 2.022 | 2.644 | 2.382 | 2.566 | 2.025 | 39,1 |

O número de candidatos inscritos nos processos seletivos para os cursos de Serviço Social em todo o País tem evoluído gradativamente desde 1991, com alta em 1995, nas regiões Nordeste e Sudeste (11.028 e 7.381, respectivamente), seguido de queda no ano seguinte (6.837 e 6.198, respectivamente). A partir de 1996 o aumento ocorre em todas as regiões. Em relação ao número total de candidatos inscritos no País em 2004 (50.692), a Região Sudeste tem uma contribuição de 37,7 % – a maior das cinco regiões – ao passo que o Centro-Oeste representa apenas 4% dos inscritos – a menor, importa salientar. De forma geral, a tendência da Região Sudeste em manter-se no topo das estatísticas é revelada novamente aqui, fato esperado uma vez que esta região é a mais densamente habitada do País.

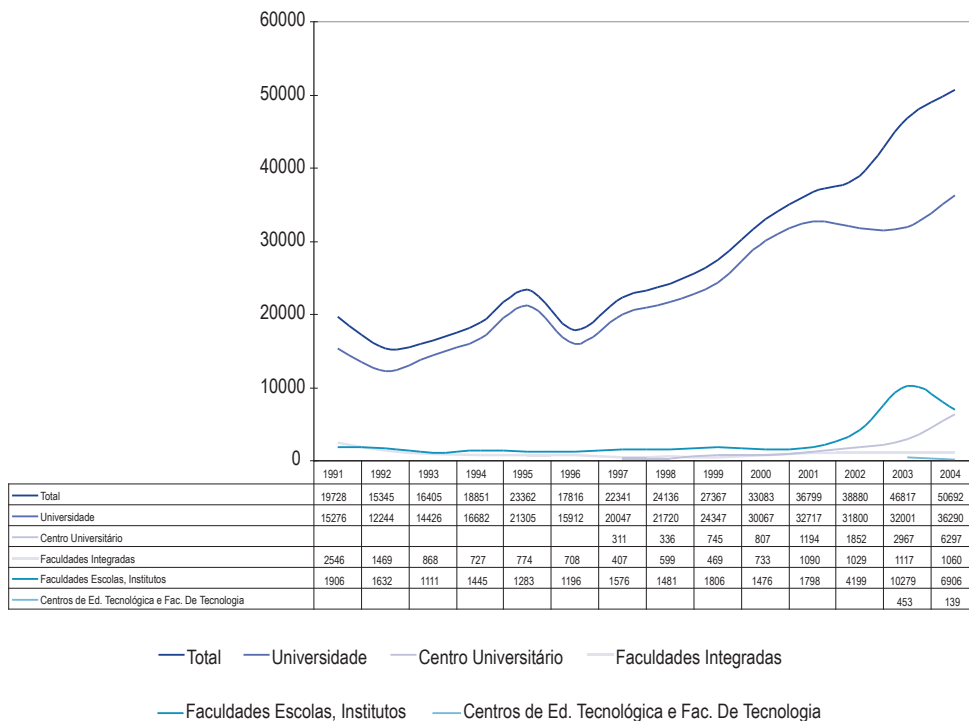
Gráfico 2. Evolução do número de candidatos inscritos em cursos de graduação presenciais de Serviço Social, por categoria administrativa



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

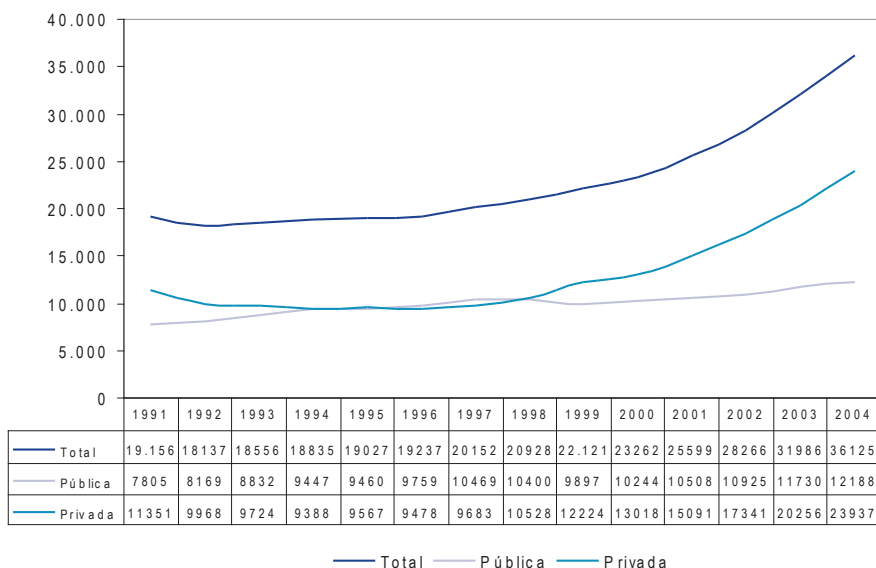
Quando as informações sobre o número de candidatos inscritos para cursos de graduação presenciais de Serviço Social são cotejadas com a categoria administrativa das IES, percebe-se que a busca pelo ensino público é primazia para a maioria dos candidatos, sendo visível em toda série histórica presente no Gráfico 2, acima. Em 1991, o percentual de inscritos nas IES públicas e privadas em relação ao total de inscritos (19.728) foi de 62,3% e 37,7%, respectivamente. Em 2004, último ano da série, o percentual de inscritos nas IES públicas e privadas, em relação ao total de inscritos (50.692), foi de 57% e 43%, respectivamente. A curva encontra-se em franca ascendência, revelando a busca crescente pela profissão de assistente social na divisão sócio-técnica do trabalho.

Gráfico 3. Número de candidatos inscritos de graduação presenciais de Serviço Social, por categoria administrativa



O detalhamento da demanda para os cursos de Serviço Social em diferentes organizações acadêmicas permite constatar que, apesar da expansão acentuada do ensino privado no País, as universidades têm sido escolhidas preferencialmente por quem faz concursos vestibulares. Este fato encontra explicação no caráter público e gratuito da instituição, além de esta contar, por força da LDB (art. 52), com um número de professores com dedicação integral e com titulação (mestre e doutor) superior às demais organizações acadêmicas existentes. Os centros universitários merecem destaque pelo acelerado crescimento em apenas oito anos pois, em 2004, 6.297 candidatos se inscreveram contra apenas 1.060 nas faculdades integradas, as quais apresentaram um refluxo, notadamente em 1997, chegando a somente 407 inscritos quando, seis anos antes, em 1991, tiveram 2.546 candidatos inscritos.

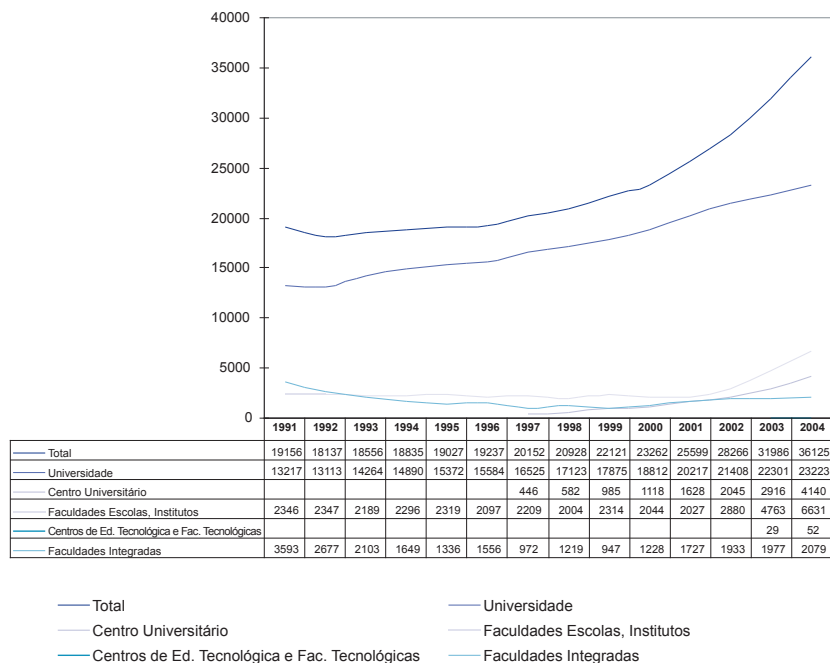
Gráfico 4. Evolução do número de matrículas de graduação presenciais de Serviço Social, por categoria administrativa



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

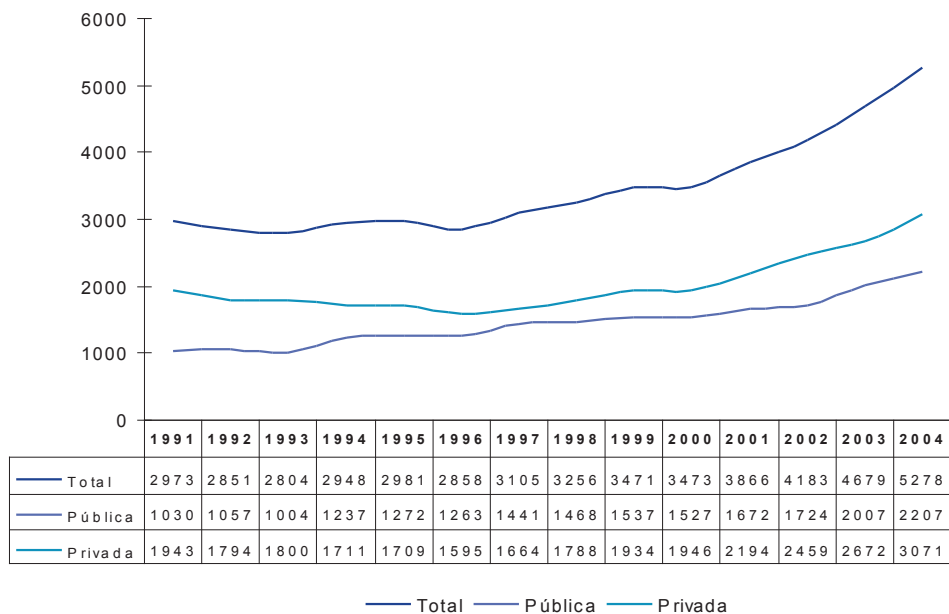
O número de alunos matriculados durante o período 1991 – 2004 revela uma contínua ascensão, seja nas IES públicas, seja nas IES privadas, conseqüência do aumento do número de cursos e de vagas para o Serviço Social. As Instituições públicas tinham, em 1991, 40,8% de alunos matriculados, ao passo que as privadas contavam com 59,2%. Este parâmetro, no ano seguinte, entra em período de decréscimo nas instituições privadas, com oscilações, até iniciar franca ascensão a ponto de, em 2004, superar as matrículas nas instituições públicas em 32,6%. As IES públicas mantêm uma ascensão lenta e gradual com pequenos decréscimos, chegando em 2004 com 33,7% do total de matrículas de Serviço Social no País. A curva de ascensão das matrículas nas instituições privadas é praticamente idêntica à curva do País como um todo, como pode ser observado no Gráfico 4.

Gráfico 5. Número de matrículas de graduação presencial de Serviço Social, por categoria administrativa



O Gráfico 5 revela o mesmo número de matrículas do gráfico anterior, mas com enfoque diferente. Observa-se que somente os centros universitários, os centros de educação tecnológica e faculdades tecnológicas não tinham cursos de Serviço Social em 1991, início do período pesquisado. As universidades e os centros universitários são os que mantiveram um crescimento praticamente homogêneo. Os últimos revelam estar em franco crescimento. Em situação diferente estão as faculdades integradas, que em 2004 não tinham ainda recuperado o número de matrículas que tinham em 1991. As faculdades, escolas e institutos oscilaram no período 1991 – 2004, tendo se recuperado, sobremaneira, a partir de 2003.

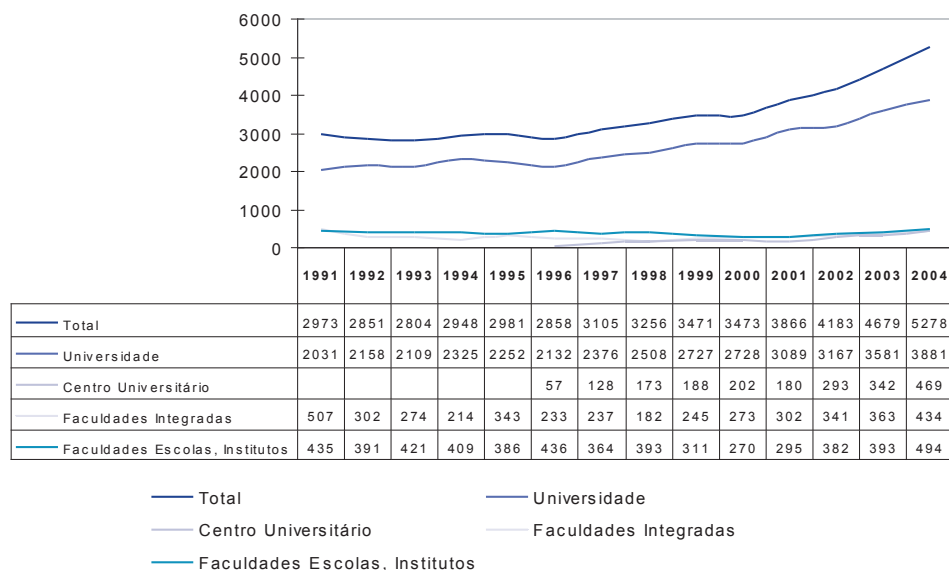
Gráfico 6. Tendências do número de concluintes nos cursos presenciais de Serviço Social, por categoria administrativa



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

O gráfico acima revela que as IES privadas têm se destacado quanto à formação de um número maior de assistentes sociais quando comparadas às IES públicas. Ritmo acelerado é revelado a partir de 2001, resultado da política de expansão já mencionada. Ambas iniciaram, gradativamente, uma curva ascendente, por volta do ano 2002 nas IES públicas e, bem mais cedo (1997 – 1998), nas IES privadas.

Gráfico 7. Tendências do número de concluintes dos cursos de graduação presenciais de Serviço Social, por organização acadêmica



Quando o número de concluintes é distribuído por organização acadêmica, vemos que as universidades formam, no Brasil, o número majoritário de assistentes sociais (3.881 em 2004), ficando os demais visivelmente aquém, não chegando, cada, a 500 em 2004. Destacam-se pelo crescimento expressivo os centros universitários que receberam esta denominação em 1997, com um crescimento significativo a partir deste ano.

Tabela 6. Número de concluintes, número de ingressantes e relação entre o número de concluintes e de ingressantes quatro anos antes (%) em cursos presenciais em Serviço Social, por região geográfica

| Região | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Norte | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 101 | 95 | 173 | 198 | 192 | 168 | 170 | 241 | 233 | 186 | 190 | 325 | 274 |
| Ingressantes | 1.069 | 1.131 | 1.281 | 1.356 | 1.331 | 1.396 | 1.273 | 1.259 | 1.396 | 1.337 | 1.661 | 1.796 | 2.057 |
| Concl./Ingr. | | | | 18,5 | 16,9 | 13,1 | 12,53 | 18,1 | 16,7 | 14,6 | 15,1 | 23,3 | 20,5 |
| Nordeste | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 666 | 744 | 673 | 765 | 739 | 735 | 865 | 788 | 871 | 885 | 955 | 989 | 1.033 |
| Ingressantes | 5.073 | 5.298 | 5.726 | 5.966 | 5.714 | 5.623 | 5.304 | 5.883 | 5.921 | 5.941 | 6.181 | 6.346 | 6.800 |
| Concl./Ingr. | | | | 15,1 | 13,9 | 12,8 | 14,5 | 13,8 | 15,5 | 16,7 | 16,2 | 16,7 | 17,4 |
| Sudeste | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 1.580 | 1.345 | 1.269 | 1.428 | 1.430 | 1.442 | 1.477 | 1.575 | 1.653 | 1.630 | 1.767 | 2.029 | 2.120 |
| Ingressantes | 8.312 | 7.501 | 7.650 | 7.887 | 8.164 | 8.305 | 9.139 | 9.069 | 9.501 | 9.832 | 10.791 | 11.935 | 14.244 |
| Concl./Ingr. | | | | 17,17 | 19,1 | 18,8 | 18,72 | 19,3 | 19,9 | 17,8 | 19,5 | 21,3 | 21,6 |
| Sul | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 355 | 434 | 473 | 403 | 451 | 368 | 405 | 460 | 506 | 608 | 752 | 639 | 939 |
| Ingressantes | 3.276 | 3.018 | 2.841 | 2.630 | 2.836 | 2.924 | 3.393 | 3.645 | 4.183 | 4.714 | 5.486 | 6.632 | 7.148 |
| Concl./Ingr. | | | | 12,30 | 14,9 | 12,9 | 15,4 | 16,2 | 17,3 | 17,9 | 20,6 | 15,27 | 19,9 |
| Centro-Oeste | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 271 | 233 | 216 | 154 | 169 | 145 | 188 | 192 | 208 | 164 | 202 | 201 | 313 |
| Ingressantes | 1.426 | 1.189 | 1.058 | 996 | 982 | 989 | 1.043 | 1.072 | 1.120 | 1.438 | 1.480 | 1.557 | 1.737 |
| Concl./Ingr. | | | | 10,79 | 14,21 | 13,7 | 18,8 | 19,5 | 21,0 | 15,7 | 18,8 | 17,9 | 21,8 |
| BRASIL | | | | | | | | | | | | | |
| Concluintes | 2.973 | 2.851 | 2.804 | 2.948 | 2.981 | 2.858 | 3.105 | 3.256 | 3.471 | 3.473 | 3.866 | 4.183 | 4.679 |
| Ingressantes | 19.156 | 18.137 | 18.556 | 18.835 | 19.027 | 19.237 | 20.152 | 20.928 | 22.121 | 23.262 | 25.599 | 28.266 | 31.986 |
| Concl./Ingr. | | | | 15,4 | 16,43 | 15,40 | 16,48 | 17,1 | 18,0 | 17,23 | 18,47 | 18,9 | 20,1 |

Quando os ingressantes são distribuídos por região geográfica, o panorama revela outras nuances, sobretudo quando os ingressos são cotejados com os que concluíram o curso de Serviço Social. A Região Norte teve um crescimento lento de ingressantes em todo o período analisado, com poucas oscilações. O mesmo pode se dizer da Região Nordeste, embora o número de ingressos ter sido sempre bem maior, desde 1991, chegando a ser 342,8% maior em 2004 do que o da Região Norte. A Região Sudeste teve o maior número de ingressantes (14.244 em 2004) de todas as regiões, com destaque para um aumento em 2003 e 2004, crescimento também verificado no Centro-Oeste, embora esta região apresente o menor número de ingressantes de todo o Brasil. Os números totais evidenciam um incremento significativamente maior a partir de 1999, resultado da política de expansão do Ensino Superior, visível, sobretudo, nas universidades federais que vêm gradativamente aumentando suas vagas.

A Tabela 6 também permite evidenciar a evasão de alunos concluintes em relação aos que ingressaram quatro anos antes. As Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste acompanham a taxa de evasão nacional, em torno de 20%, sendo a Nordeste a menor, ou seja, 17,4% em 2004.

Características do estudante dos cursos de Serviço Social no Brasil

Segundo resultados coletados a partir do questionário socioeconômico respondido em 2004 e 2005 por ocasião do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, em relação ao perfil dos alunos de Serviço Social, 56,3% dos ingressantes nas IES públicas e 59,0% nas IES privadas se reconhecem como brancos, concentrando-se estes em 82,1% na Região Sul, resultado do processo migratório iniciado no século XIX, que trouxe diferentes etnias caucasianas para os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. São poucos os estudantes de Serviço Social que se reconhecem negros, sendo que somente 7,2% estudam nas IES públicas e 10,3% nas IES privadas. A maior parte dos negros encontra-se na Região Nordeste (13,0%), seguida da Sudeste (11,2%). É reduzido o número de alunos amarelos e de origem indígena, tanto nas IES públicas (3,3%) como nas privadas (2,4%).

A grande maioria dos alunos de Serviço Social, ao iniciarem o curso, tanto nas IES públicas (86,6%) como nas privadas (68,8%), não têm filhos, revelando o ingresso no Ensino Superior brasileiro de uma camada jovem da população. Vale lembrar que cerca de 60% dos ingressantes na educação superior brasileira pertencem a faixa etária considerada correta, ou seja: 18 a 24 anos (Brasil, 2005). Somente 2,3% dos ingressantes das IES públicas têm mais de três filhos, em

contraposição a 6,2% das IES privadas. É na Região Centro-Oeste que se encontra o maior número de alunos com mais de três filhos (6,74%).

Alunos solteiros e sem filhos justificam o grande número de ingressantes que moram com os pais/parentes, com amigos ou em alojamentos universitários das IES públicas (86,0%). Nas IES privadas este percentual chega a 65,0%. É na Região Norte que há mais alunos morando com pais/parentes (76,1%). Na Região Sul há mais alunos morando com amigos e compartilhando despesas ou morando de favor (8,4%). Na Região Centro-Oeste há o maior percentual de alunos em alojamentos universitários (1,99%).

A maioria dos alunos de Serviço Social tem renda familiar na faixa dos três a dez salários mínimos, sendo 50,3% das IES públicas e 52,1% das IES privadas. Os ingressantes de Serviço Social com renda familiar inferior a três salários mínimos nas IES públicas (40,3%) e nas IES privadas (36,2%) tiveram maiores dificuldade de concluir o curso.

É no Centro-Oeste que se encontra o maior percentual (41,5%) de alunos com renda familiar inferior a três salários mínimos. O Sudeste tem o maior percentual (52,7%) de estudantes com renda de três a dez salários mínimos. A Região Norte também é responsável, dentre as regiões, pelos maiores percentuais de renda na faixa entre 10 e 20 salários (9,9%), 20 e 30 salários (4,7%) e mais de 30 salários (2,1%).

A maioria dos alunos de Serviço Social brasileiros não trabalha e tem seus gastos financiados pela família. Estes estudantes estão em maior número nas IES públicas (57,9%) sendo que somente 31,2% estão nas IES privadas. Na Região Nordeste estes alunos representam 60%, e na Região Sul, somente 30,8%. A Região Sul detém o maior percentual de alunos que trabalham em tempo integral (53,2%), seguido pela Região Sudeste (50,8%), representando 27,7% dos estudantes ingressantes do ensino público e 51,9% dos do ensino privado. Por outro lado, 39,9% dos ingressantes das IES públicas não exercem atividade remunerada, sendo que este percentual fica em apenas 17,0% nas IES privadas. Ao longo do curso estes números se alteram, revelando que a remuneração se fez necessária para a cobertura dos gastos dos alunos que chegaram a concluir a graduação.

É na Região Sul que há um maior percentual de estudantes que trabalham (13,5%), em relação às outras regiões, sendo os únicos responsáveis pelo seu sustento. Há alunos que exercem atividades que lhes possibilitam contribuir com o sustento da família, sendo que o menor percentual nesta categoria é encontrado na Região Nordeste (12,1%), e os maiores percentuais aparecem nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste (24,5% e 24,3%, respectivamente). Há alunos que se beneficiam de bolsas parciais ou integrais da própria instituição, destacando-se neste quesito as IES privadas, que destinam recursos para bolsas a 26,0% dos concluintes, destacando-se aí a Região Centro-Oeste com um percentual de 30,6%.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A escolaridade do progenitor de sexo masculino revela que no Centro-Oeste é que se concentra o maior percentual de pais de alunos de Serviço Social sem nenhuma escolaridade (13,2%). O menor índice está no Nordeste (6,0%), seguido de perto pelo Sul (6,6%). Por outro lado, nas Regiões Sul e Sudeste é que se concentram os maiores percentuais de pais com Ensino Fundamental de 1ª a 4ª série (43,1% e 43,0%, respectivamente). Na Região Norte encontra-se o maior percentual de pais com escolaridade de 5ª a 8ª série. O menor índice está na Região Centro-Oeste (20,8%). Pais com Ensino Médio estão mais concentrados na Região Nordeste (35,6%) seguido da Região Norte (32,1%). Pais de alunos de Serviço Social com grau superior estão concentrados em maior número no Nordeste (14,3%) e em menor número no Sul (7,2%).

A escolaridade da mãe segue, de forma geral tendência similar à dos pais, com pequenas diferenças. É no Centro-Oeste que se encontra o maior índice de mães de alunos de Serviço Social sem nenhuma escolaridade (11,5%). O menor índice está no Nordeste (4,7%), seguido por Norte (6,4%) e Sul (6,3%). É nas Regiões Sudeste e Sul que se concentra o maior número de mães com Ensino Fundamental de 1ª a 4ª série (39,3% e 36,1%, respectivamente). Na Região Norte encontra-se o maior percentual de mães com escolaridade de 5ª a 8ª série (22,1%). O menor índice está na Região Nordeste (16,5%). Mães com Ensino Médio estão mais concentradas na Região Nordeste (38,7%), seguidas da Região Norte (36,0%). No Nordeste também está o maior percentual de mães com formação superior (19,3%), e no Sudeste, o menor percentual (9,5%).

É interessante observar que há mais alunos cujos pais possuem escolaridade superior nas IES públicas (13,2% de mães e 16,5 de pais) do que nas privadas (7,7% de pais e 10,1% de mães).

É na Região Sul que está o maior índice de alunos de Serviço Social que fizeram o Ensino Médio integralmente em escola pública (66,5%). Os que fizeram o Ensino Médio integralmente em escola particular estão na Região Norte (41,9%).

É elevado o número de alunos de Serviço Social que ingressam no Ensino Superior praticamente sem conhecimento da língua inglesa (50,6% nas IES públicas e 61,3% nas IES privadas). O mesmo acontece com a língua espanhola, ou seja: 42,7% nas IES públicas e 58,7% nas IES privadas. É da Região Norte o percentual maior de desconhecimento de inglês (64,0%), e da Região Sudeste o de espanhol (63,3%). Os alunos do Centro-Oeste estão mais preparados na língua inglesa (4,98%), assim como na língua espanhola (4,23%).

Os alunos ingressantes nas IES privadas leram mais livros do que os que ingressaram nas IES públicas no ano avaliado. Contudo, ao longo do processo de formação profissional esse índice diminuiu, com exceção para os leitores que já

liam de seis a oito livros por ano. Revelam-se como destaque as obras literárias de ficção, com 19,4% para ingressantes das IES públicas, e os livros de auto-ajuda, com 19,9% para os ingressantes das IES privadas. Alunos da Região Nordeste lêem mais obras literárias de ficção, os da Região Centro-Oeste, mais livros de não-ficção, os da Região Sul lêem mais livros técnicos e os da Região Norte, mais livros de auto-ajuda.

Alunos de Serviço Social de IES privadas lêem mais jornais do que os das IES públicas. Os percentuais de leitura dos alunos concluintes aumentam em todas as categorias em relação aos alunos ingressantes, seja a “leitura diária”, seja “algumas vezes por semana” ou “somente aos domingos”. Os alunos da Região Sul (26,1%) lêem mais jornais diariamente, e 42,2% dos da Região Nordeste lêem jornais raramente.

Em relação aos diferentes meios de comunicação para atualização sobre acontecimentos do mundo contemporâneo, a TV é o veículo mais apontado pelos alunos de todas as regiões, destacando-se como extremos a Região Nordeste (68,3%) e a Região Sul (51,5%).

Para a realização de pesquisa para as disciplinas do curso, o acervo da biblioteca é apontado como fonte privilegiada de consulta. Dentre os que utilizam a biblioteca com “razoável freqüência” e “muito freqüentemente” destacam-se os alunos das IES privadas, havendo menor incidência na Região Sudeste (67,7%).

O microcomputador nunca é usado por 7,5% dos alunos da Região Sudeste e, de forma geral, é usado “às vezes” por aproximadamente 70% deles em todas as cinco regiões. A Internet é mais acessível para os alunos das IES privadas, sobretudo pelos que são concluintes (91,7%). Em relação às instituições públicas, 86,1% fazem uso deste recurso. Os alunos das IES públicas apresentam percentual mais elevado do uso do computador, seja em casa, no trabalho ou na instituição de ensino.

Desafios, tendências e perspectivas

O final do milênio passado foi um período profundamente marcado pelo processo de globalização em que se revelaram importantes transformações estruturais que apontam para uma realidade multifacetada, em que dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas estão imbricadas de modo complexo e heterogêneo. As conseqüências desse processo, amplamente conhecidas, remetem ao aumento da exclusão social e, também, espacial; à brutal concentração de renda; ao achatamento salarial; à debilitação de antigas



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

identidades e formas de solidariedade de classe; ao crescimento das correntes migratórias internacionais; à intensificação da degradação ambiental; ao consumismo desenfreado; ao surgimento de fundamentalismos como afirmação de identidade dos não-incluídos, dentre outras conseqüências.

É nesse contexto de grandes desafios que o assistente social se insere, enquanto executor de políticas sociais na relação direta com a população usuária. Dele é exigido o deciframento competente da realidade, a construção de propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Dele é esperado que seja um trabalhador qualificado não só na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais. Em suma: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir tanto ao esclarecimento dos direitos sociais, quanto aos meios de exercê-los, o que só é possível se for dotado de ampla bagagem de informações, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (Iamamoto, 1999).

Um profissional com este perfil enseja um processo de formação profissional da melhor qualidade em face dos imensos desafios que se colocam hoje ao assistente social. A educação superior, ainda privilégio de minorias no nosso País, passa, outrossim, por um processo que inevitavelmente remete para reflexões enquanto protagoniza, a partir de 1996, a mais ampla e profunda reforma do Ensino Superior no Brasil parametrada pela polêmica Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e assumida pelos últimos governos eleitos no País.

Neste contexto, vemos uma redução gradativa da esfera estatal e o fortalecimento das iniciativas privadas, tanto no financiamento, quanto na formulação e execução de políticas consideradas públicas. Por outro lado, vemos o crescimento acelerado de cursos e vagas em IES privadas, nas quais os interesses do mercado têm se sobrepujado aos de uma formação cidadã. Este é um grande desafio que convoca a sociedade brasileira à reflexão e à ação efetiva para ampliação de uma educação superior de qualidade para todos.

Importantes assimetrias regionais revelam a necessidade de reordenamento de prioridades quando se pensa em políticas de enfrentamento de desigualdades tão marcantes como as do nosso País, sobretudo quando se comparam informações sobre a Região Sudeste e Centro-Oeste.

É de importância capital, sobretudo, focar a busca pela qualidade da educação superior brasileira para que a agressiva política de expansão do sistema possa vir a ser, também, uma expansão que se reflita em qualidade e competência dos profissionais por ela formados.

Referência bibliográfica

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS** n.7. Formação profissional: trajetórias e desafios. São Paulo: Cortez, 1997.

ABEPSS. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social ano 4, nº 8, julho/dezembro. Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Inep. **Censo da Educação Superior 2004**. Resumo Técnico. Brasília: MEC, 2005.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996, dezembro 23; 34 (248) Seção 1:27.833-41.

_____. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD**, 2004.

_____. Lei nº 10.172 de 9 de janeiro de 2001. Institui o Plano Nacional de Educação.

ABESS/CEDEPSS nov.1995. Proposta básica para o projeto de formação profissional. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez (50): 143-171, abril.1996.

BECH, Ulrich. **O que é globalização?** Equívocos do globalismo. Respostas à globalização. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BORON, Atilio A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

CARDOSO, F. G.; LOPES, J. B.; ABREU, M. M. avaliação institucional na universidade brasileira e os cursos de graduação em serviço social. In: **Temporalis**. ano 1, nº 1, reimpressão julho, 2004. Brasília: Editora da Universidade Católica de Goiás, 2004, p.109-134.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

FERREIRA, I. B.; IAMAMOTO, M. V. ; CARDOSO, F. G. Os cursos seqüenciais na reforma do ensino superior. **Temporalis**, Brasília, 2000, p. 149-164.



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

FERREIRA, I. B. Implicações da Reforma do Ensino Superior para a Formação do Assistente Social: Desafios para a ABEPSS. **Temporalis**. Brasília: ABEPSS, 2000, p. 81-98.

_____. Implicações da reforma do ensino superior para a formação do assistente social: desafios para a ABEPSS. In: **Temporalis**. ano 1, nº 1, reimpressão julho de 2004. Brasília: Editora da Universidade Católica de Goiás, 2004, p. 81-97.

FURLANI, Lúcia M. Teixeira. **A claridade no chão da noite**: os alunos do ensino superior noturno. São Paulo: Cortez, 1998

GOMÉZ, José María. Globalização da Política – mitos, realidades e dilemas. In: GENTILI, Pablo (Org.) **Globalização excludente**: desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem mundial. Petrópolis, RJ: Vozes; Buenos Aires: Clasco, 2000. p.128-179.

HOBSBAWM, Erich. A crise atual das ideologias. In: SADER, Emir. **O mundo depois da queda**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

IAMAMOTO, M. V. Reforma do Ensino Superior e Serviço Social. In: **Temporalis**. ano 1, nº 1, reimpressão julho de 2004. Brasília: Editora da Universidade Católica de Goiás, 2004, p. 35-79.

_____. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: **Capacitação em serviço social e política social**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 1. Brasília: CEFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999. p.111-128.

LIMA, Arlete Alves. **Serviço Social no Brasil**: a ideologia de uma década. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1983.

MENDES, Jussara M. R. Os desafios das diretrizes curriculares na afirmação do projeto ético-político do serviço social – a proposta da oficina. In: **Temporalis**, ano 4, nº 8. Porto Alegre: ABEPSS.

NETTO, José Paulo. Reforma do estado e impactos no ensino superior. In: **Temporalis**. ano 1, nº 1, reimpressão julho de 2004. Brasília: Editora da Universidade Católica de Goiás, 2004, p. 11-33.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em serviço social e política social**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Mod. 1. Brasília: CEFESS/ABEPSS/CEAD/UnB. 1999. p. 91-110.

SÁ, Jeanete L. Martins de. **Conhecimento e currículo em serviço social: análise das contradições (1936-1975)**. São Paulo: Cortez, 1995.

Silva e Silva. Maria Ozanira da. O serviço social na conjuntura brasileira: demandas e respostas. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez (44): 77-113, abril. 1994.

_____. Contribuições da revista para a construção do serviço social brasileiro. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez (61): 11-62, novembro.1999.

WALLERSTEIN, Immanuel. **Tipologias das crises no sistema mundial**. Essex, Universidade das Nações Unidas, 1984. Mimeografado.

Marcella Guimarães Assis Tirado

Doutora, docente da Universidade Federal de Minas Gerais.

Marta Carvalho de Almeida

Doutora, docente da Universidade de São Paulo.

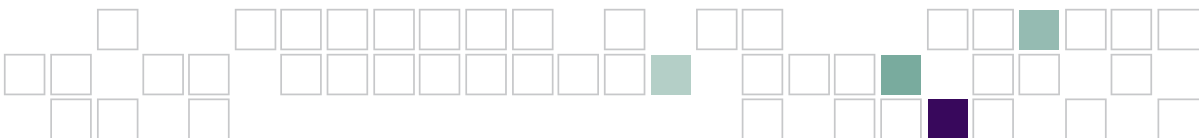
Roseli Esquerdo Lopes

Doutora, docente da Universidade Federal de São Carlos.

Sandra Maria Galheigo

Doutora, docente da Universidade de São Paulo.

TERAPIA OCUPACIONAL



O ensino de Terapia Ocupacional no Brasil vem construindo uma intensa trajetória nos últimos cinquenta anos que compreende: (i) a criação dos primeiros cursos de Terapia Ocupacional no Brasil e sua transformação de curso técnico em curso de nível superior; (ii) a redação dos primeiros currículos mínimos e a elaboração das diretrizes curriculares; (iii) o estabelecimento dos Padrões Mínimos de Qualidade do Ensino e dos mecanismos de avaliação do Ensino Superior, dentre eles os estabelecidos pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior em vigor; (iv) a criação dos Encontros Nacionais de Docentes, bianuais, e (v) a fundação da primeira associação de ensino em Terapia Ocupacional (Reneto).

Esta trajetória tem, portanto, sido marcada pela preocupação com um Ensino Superior de qualidade que atenda às necessidades da formação de recursos humanos em saúde, assim como garanta a formação de um profissional devidamente qualificado para uma atuação social, crítica e responsável. Assim, a oportunidade de revisar a trajetória de formação desses profissionais no Brasil constitui-se como possibilidade de identificar relações entre o pretendido e o realizado, e trazer à luz alguns elementos que poderão servir de base para futuros estudos e/ou medidas de aperfeiçoamento.

O estudo ora apresentado se propõe a realizar uma primeira incursão nos dados do Censo do Ensino Superior e do perfil do estudante, levantados pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes, buscando analisar aspectos relativos à oferta e à procura dos cursos de Terapia Ocupacional no País conhecer o fluxo de ingressantes e concluintes, na perspectiva de apreender os elementos desta dinâmica e apresentar o perfil básico do estudante de Terapia Ocupacional. A análise tem por objetivo estabelecer nexos acerca da distribuição regional, do oferecimento do ensino público e privado e da caracterização acadêmica das instituições de Ensino Superior que oferecem cursos de Terapia Ocupacional. Desta forma, busca contextualizar o Ensino Superior em Terapia Ocupacional, analisando as tendências e as perspectivas da formação do terapeuta ocupacional no País.

Origem e história do ensino de Terapia Ocupacional no Brasil

Na década de 50 do último século se situa a gênese do processo de surgimento de diversos profissionais da saúde, inclusive dos terapeutas ocupacionais. Com algumas décadas de atraso em relação aos países centrais da economia ocidental, e objetivando o trabalho na área de reabilitação, iniciaram-se no País alguns cursos visando à formação de terapeutas ocupacionais, definidos

como profissionais que exerceriam “funções intermediárias” (Brasil, 1974), em contraposição a “funções de nível superior”. Repete-se, em nosso País, o eixo internacional inicial, predominantemente voltado para o treinamento do “profissional de ajuda”, “vocacional” e “missionário”, ficando relegados a um segundo plano os aspectos “técnicos” e/ou “científicos” (Lopes, 1991; Hahn, 1999).

Em 1963, o Conselho Federal de Educação – CFE, por meio do Parecer nº 388/63, homologado pela Portaria nº 511/64 do Ministério de Educação e Cultura – MEC, justificava que as matérias básicas para a formação daqueles técnicos deveriam ser “resumidas ao indispensável, à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados seriam chamados a praticar” (Brasil, 1974, p. 205), fixando um currículo mínimo¹ para cujo cumprimento estabeleceu-se uma carga horária mínima de 2.160 horas, a serem integralizadas em três anos letivos.

Seguiu-se a esses eventos um longo período no qual se buscou consolidar progressivamente um viés “técnico”, “científico”, apoiado, de um lado, em uma vertente humanística (psicanálise, psicologia, sociologia, etc.) e, de outro, em um embasamento, mesmo frágil, nas técnicas médicas e nas ciências biológicas em geral (Lopes, 1991). Esse rumo foi bastante similar ao que havia tomado a profissão nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. A semelhança do caso brasileiro com estes países é compreensível à luz da conjuntura política e econômica, pois se optou por compatibilizar as políticas públicas à arrancada para o desenvolvimento, defendida por governos que pretendiam integrar o Brasil à modernidade econômica, tecnológica e científica internacionais. Isso trouxe conseqüências para as áreas sociais e, em particular, para a área da saúde, na qual a incorporação desses novos elementos passou a fazer parte do discurso e das propostas oficiais para as profissões emergentes. Estas profissões, como no caso dos países desenvolvidos economicamente, buscavam também lutar por sua legitimação, pela ampliação de espaços de atuação e pela mudança da formação profissional para o nível superior. Em 1969, tem-se um marco documental importante com o Decreto-Lei nº 938, que regulamentou a Terapia Ocupacional como profissão de nível superior (Lopes, 1991).

A partir dessa época, o processo de profissionalização dos terapeutas ocupacionais incorporou a luta pela criação de Conselhos, de cunho governamental, que assumissem a função de regulamentação e fiscalização do exercício profissional. Essa tarefa culminou com a efetiva instauração, em 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e, subseqüentemente, de Conselhos Regionais.

¹ O currículo mínimo para o curso de Terapia Ocupacional era composto por: “a. Matérias comuns [aos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional]: Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação e Administração Aplicada; b. (...) Matérias específicas do curso de Terapia Ocupacional: Terapia Ocupacional Geral e Terapia Ocupacional Aplicada” (Brasil, 1974, p.205).



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Outro aspecto relevante do processo de profissionalização diz respeito às discussões acerca das definições contidas no currículo mínimo, mencionado anteriormente, e de sua implementação prática. Estas discussões resultaram em lutas corporativas implementadas pela categoria profissional, que era constituída basicamente por profissionais formados pelos cursos criados até a década de 70², em prol da consolidação da formação do terapeuta ocupacional como profissional de nível superior – status ainda sob certo questionamento no período (Lopes, 1990; Soares, 1991). Esse processo foi deflagrado a partir de 1980, pela Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil – ATOB e pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, culminando, quatro anos mais tarde, no estabelecimento de um novo currículo mínimo (Lopes, 1991).

A análise das críticas que as entidades faziam ao currículo de 1963 revela que essas eram embasadas em dois tipos de preocupação: a qualidade do ensino e as reivindicações corporativas. As primeiras referiam-se às condições de infraestrutura e a anseios de um embasamento técnico-científico que estivessem em consonância com os paradigmas mais gerais do desenvolvimento dos profissionais no Brasil e no mundo. As reivindicações de caráter corporativo eram tanto relacionadas à garantia de mercado profissional quanto à necessidade de uma formação humanística e geral que permitisse uma atuação mais crítica dos terapeutas ocupacionais, e de um currículo mais voltado para ações de promoção da saúde e não apenas para a reabilitação.

Em outras palavras, o discurso das entidades englobava argumentos que refletiam a busca dos profissionais por inserção no mercado de trabalho capitalista e, ao mesmo tempo, espelhavam o processo de abertura democrática que vivia o País, com suas demandas por uma sociedade menos injusta e a construção da cidadania e do acesso igualitário aos direitos³.

² Os dois primeiros cursos para a formação de terapeutas ocupacionais começaram a funcionar no Brasil em 1956 (São Paulo e Rio de Janeiro) e outros três foram implantados nos anos 60 (Minas Gerais, Pernambuco e Bahia). Desses cinco cursos até meados da década de 70 (dois deles públicos), chegamos a treze cursos na década de 80 (quatro públicos e nove privados).

³ O perfil do terapeuta ocupacional proposto por aquelas entidades ilustra essa afirmação: "O terapeuta ocupacional é um profissional da área de saúde responsável pela prevenção, cura e reabilitação de disfunção de origem física, mental, social ou do desenvolvimento, através do uso específico, em diferentes situações, de atividades expressivas, lúdicas, artesanais, profissionais e de auto-manutenção, previamente analisadas e avaliadas sob os aspectos anatomo-fisiológico, cinesiológico, psicológico, social, cultural e econômico. A terapia ocupacional, através de seu trabalho, objetiva promover e manter a saúde, restaurar e/ou reforçar capacidades funcionais, facilitar a aprendizagem de funções essenciais e desenvolver habilidades adaptativas visando auxiliar o indivíduo a atingir o grau máximo possível de autonomia no ambiente social, doméstico, de trabalho e de lazer, tornando-o produtivo na vida de relação. Assim, para alcançar seus propósitos, o terapeuta ocupacional necessita avaliar o paciente na disfunção específica, correlacionando-a à totalidade de suas relações com o mundo, estabelecer os objetivos terapêuticos, selecionar métodos, técnicas e recursos apropriados ao tratamento, desenvolver e reavaliar sistematicamente o programa estabelecido, tendo sempre como valor e referência básica para o seu trabalho o respeito à condição humana daquele que está sob seus cuidados. Compete-lhe ainda criar, estimular e desenvolver condição e/ou situações que favoreçam o desencadeamento do processo terapêutico. Em terapia ocupacional esse processo se dá, essencialmente, através da interrelação do paciente com o terapeuta, a atividade e/ou o grupo, sendo que nessa dinâmica, assume papel fundamental a pessoa do terapeuta, como um dos elementos facilitadores e integradores do processo. O terapeuta ocupacional, sempre que necessário, trabalha em estreita cooperação com outros profissionais e atua ainda nas áreas científica, educacional e administrativa, nesta última dirigindo, supervisionando e orientando serviços próprios em instituições públicas ou privadas, educacionais e assistenciais." (Universidade Federal de Minas Gerais, 1986, p. 4-5).

Portanto, no início dos anos 80, a partir de uma proposta mais abrangente de perfil profissional, e considerando os padrões internacionais da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (World Federation of Occupational Therapists – WFOT, 1971), a ATOB, por meio de sua Comissão de Ensino, aglutinou escolas e entidades científicas, profissionais e culturais para estudar e debater sobre possíveis modificações no currículo mínimo (Lopes, 1990). Dessas discussões emergiram posições próximas às defendidas inicialmente pelas entidades: o trabalho dos profissionais deveria focar as três fases de atenção à saúde – prevenção, cura e reabilitação – e os novos currículos deveriam prover condições de existência e credibilidade para a profissão (Lopes, 1991). Com base nessas posições, a ATOB elaborou e encaminhou ao MEC, por intermédio do COFFITO, as novas propostas de currículo mínimo para a formação de profissionais dessas áreas.

O Parecer nº 622/82 do CFE, de 3 de dezembro de 1982, define o terapeuta ocupacional como “o profissional da equipe de saúde que faz uso específico de atividades expressivas, lúdicas, artísticas, vocacionais, artesanais e de auto-manutenção. Avalia, previne e trata indivíduos que, por disfunção de origem física e/ou mental e/ou social e/ou de desenvolvimento, apresentam alterações de suas funções, com o objetivo de promoção da saúde e da qualidade de vida. Avalia as alterações apresentadas pelo paciente nas relações interpessoais, de trabalho e de lazer decorrentes de sua disfunção específica. Cria, desenvolve e acompanha os programas terapêuticos, selecionando métodos, técnicas e recursos apropriados” (Brasil, 1982, p.2).

A Resolução nº 4/83 do CFE, de 28 de fevereiro de 1983, fixou o novo currículo mínimo do curso. A primeira análise coletiva das conseqüências da implantação do novo currículo mínimo efetivou-se em agosto de 1986, durante o I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, realizado em Belo Horizonte. Constatou-se que “com a implantação do Currículo Mínimo, foi possível à grande parte das escolas priorizar o ciclo profissionalizante com uma carga horária maior” (Emmel et al., 1986, p.17). Portanto, reforçou-se, ao menos num primeiro momento, o peso do ciclo profissionalizante, ou seja, da formação técnico-científica.

A elaboração e a implantação das diretrizes curriculares para a Terapia Ocupacional

Desde 1996, os terapeutas ocupacionais brasileiros, via o diálogo constante com as Comissões de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional (CEETO) da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do MEC, encarregadas de “assessorar



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

a SESu na análise dos processos de autorização e reconhecimento de cursos e credenciamento de instituições” (Brasil, 2000, 2001), buscaram utilizar essa instância para firmar seus princípios sobre a formação do terapeuta ocupacional (Galheigo, 2000; Hahn & Lopes, 2003). O processo de definição dos parâmetros para autorização, avaliação e reconhecimento dos cursos, assim como das diretrizes curriculares, foi conduzido democraticamente pelas CEETOs, apesar das dificuldades encontradas. Foram construídos instrumentos capazes de formalizar a estrutura e o funcionamento dos cursos, baseado nos padrões de qualidade consensualmente definidos nos encontros nacionais de docentes de Terapia Ocupacional. Assim, desde o final de 1998, os seguintes documentos foram discutidos e aprovados pelos docentes: Diretrizes Curriculares, Padrões de Qualidade, Formulário de Autorização de Funcionamento, Formulário de Avaliação de Novos Cursos, Indicadores de Áreas de Conhecimento e Roteiro de Verificação para Reconhecimento.

As diretrizes definem que “os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Terapia Ocupacional. Os conteúdos devem contemplar: I. Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos. II. Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais. III. Ciências da Terapia Ocupacional – incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, às atividades e recursos terapêuticos, à cinesiologia, à cinesioterapia, à ergonomia, aos processos saúde-doença e ao planejamento e gestão de serviços, aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação” (Brasil, 2002, p.3-4).

Por fim, cabe lembrar que após 2002 diversas mudanças vêm se dando no âmbito das funções e composições das comissões e grupos que atuam na interlocução com as instâncias do governo federal ligadas às questões do ensino. Assim, é importante considerar que para que se efetive a implantação das diretrizes curriculares, e para que avancemos na sua avaliação, é necessário que os processos de autorização e reconhecimento de cursos, bem como os processos que compõem a avaliação do Ensino Superior brasileiro, continuem sendo discutidos e implementados no sentido de promover a qualidade da formação



desses profissionais. A participação de docentes e discentes nesses processos é aspecto a ser permanentemente garantido e ampliado.

A evolução dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil de 1991 a 2004, com base nos dados do Censo do Ensino Superior

O cenário nacional de formação de terapeutas ocupacionais foi bastante alterado no período de 1991 a 2004. Houve expansão em vários âmbitos. Porém, é necessário considerar que, por tratarmos de um universo ainda bastante pequeno numericamente, os percentuais referentes às evoluções no tempo, ainda que sejam altos, podem não expressar alterações quantitativamente relevantes. Uma variação de 100% na oferta de cursos de Terapia Ocupacional em uma determinada região, por exemplo, pode significar que tenha sido aberto apenas mais um novo curso nessa região. Assim, é importante que o leitor busque informações complementares em outros dados disponibilizados nesta publicação, a fim de obter uma compreensão abrangente da situação a ser analisada.

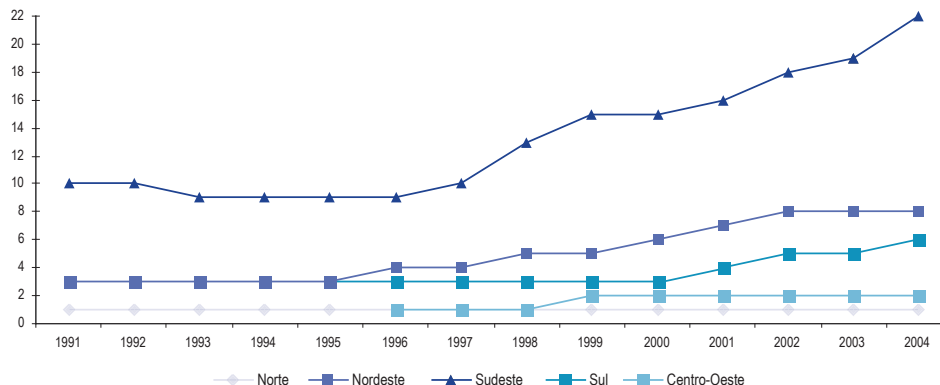
Oferta de cursos

A evolução da distribuição geográfica dos cursos no Brasil

No período compreendido entre 1991 e 2004, os cursos de Terapia Ocupacional aumentaram de 17 para 39 (129%) no Brasil, sendo todos eles presenciais.

Conforme apresentado no Gráfico 1, a Região Norte não apresentou mudanças, mantendo-se, apesar de sua significativa dimensão territorial, com apenas um curso durante o período, localizado no Estado do Pará. Até 2004, os outros seis Estados dessa região não ofereciam cursos de Terapia Ocupacional, apesar de sua significativa dimensão territorial.

Gráfico 1. Evolução dos cursos de Terapia Ocupacional por região



A Região Nordeste, que oferecia três cursos em 1991 (Bahia, Pernambuco e Ceará), passou a oferecer oito cursos, na medida em que foram criados um em Alagoas, dois no Maranhão, um no Rio Grande do Norte e mais um no Estado de Pernambuco. Três Estados nordestinos (Piauí, Paraíba e Sergipe) não ofereciam cursos de Terapia Ocupacional até 2004.

A região com maior oferta de cursos é a Região Sudeste; 56,4% dos cursos do País estão nessa região. Dentre 22 novos cursos criados no período no território nacional, 12 foram criados na Região Sudeste, ou seja, 54,5 % destes. Espírito Santo teve seu primeiro curso criado em 2001. Minas Gerais e São Paulo, que ofereciam respectivamente dois e quatro cursos, tiveram uma ampliação significativa para seis e 13 cursos respectivamente, evidenciando que foi no Estado de São Paulo que mais se aumentou o número de cursos no País. O Estado do Rio de Janeiro apresentou variação negativa, ao ter dois de seus quatro cursos extintos.

Na Região Sul houve um crescimento que manteve o padrão de distribuição entre seus Estados, ampliando de 1 para 2 o número de cursos em cada um deles (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). No Centro-Oeste foram criados dois cursos nesse período, sendo o primeiro em Mato Grosso do Sul, apenas em 1996, e o segundo em Goiás, em 1999. Mato Grosso e Distrito Federal não ofereciam cursos de Terapia Ocupacional até 2004.

Esses dados demonstram que embora se verifique no período uma expansão da oferta dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, esse processo atingiu algumas unidades da federação, havendo, ainda em 2004, 11 delas sem oferta de



cursos. Evidenciam, também, que a Região Norte é a mais desfavorecida nesse aspecto, seguida das regiões sul e Centro-Oeste. Apesar do aumento de cursos na Região Nordeste, nota-se um número ainda inexpressivo. Pode-se, assim, concluir que estas regiões são as que mais necessitam de incentivo governamental para a ampliação no oferecimento de cursos que venham garantir uma formação de recursos humanos condizente com a demanda populacional. Por outro lado, a Região Sudeste, que tem uma oferta e um crescimento maior no número de cursos, deverá ter seu crescimento acompanhado para que não haja uma sobre-oferta. Há que se destacar, entretanto, a necessidade de se concentrar esforços no Estado do Rio de Janeiro que vem apresentando um retrocesso no oferecimento de cursos de Terapia Ocupacional.

Evolução da oferta de cursos considerando a categoria administrativa e a organização acadêmica da IES

No Brasil, dentre os 22 novos cursos criados, 18 deles (82 %) foram em IES privadas e quatro (18%) em IES públicas (três estaduais e uma federal). Não existiam no Brasil, até 2004, cursos em IES públicas municipais. Conforme se observa na Tabela 1, houve diminuição da representação das IES públicas no conjunto de cursos de Terapia Ocupacional do Brasil, sendo que em 1991 as IES públicas representavam 29,4 % do total e em 2004 são apenas 23% deste.

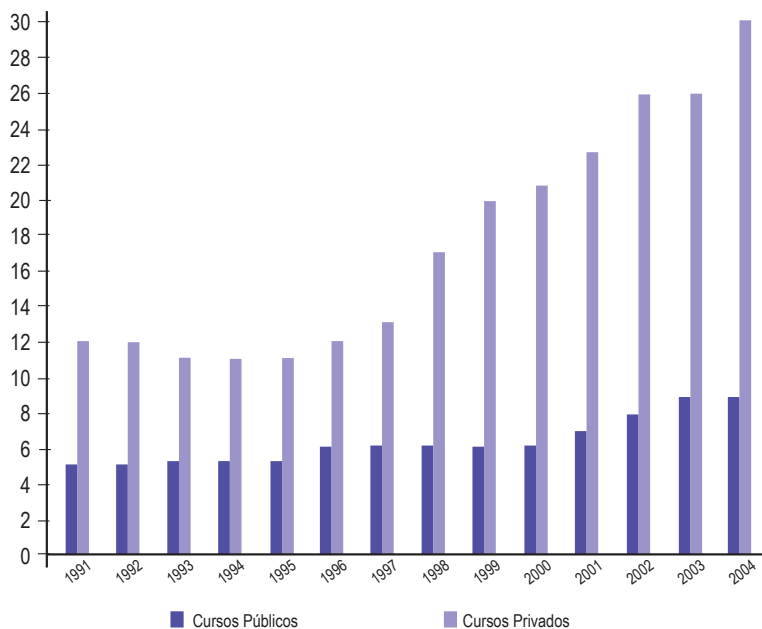
Tabela 1. Distribuição dos cursos por categoria administrativa das IES

| Categoria administrativa | 1991 | | 2004 | |
|--------------------------|------|------|------|----|
| | nº | % | nº | % |
| Pública | 05 | 29,4 | 09 | 23 |
| Privada | 02 | 70,6 | 30 | 77 |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Se analisarmos a evolução do oferecimento de IES públicas ao longo do período compreendido entre 1991 a 2004, constatamos um crescimento progressivo mais acentuado no número de cursos em IES particulares após 1998, quando a expansão do Ensino Superior se tornou mais evidente. Entretanto, o mesmo não acontece em relação às IES públicas, que tiveram um discreto crescimento em número de cursos de Terapia Ocupacional (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolução dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, segundo a categoria administrativa das IES, de 1991 a 2004



Em 2004, apenas quatro unidades da federação ofereciam cursos de Terapia Ocupacional em IES federais (Pernambuco, Minas Gerais, Paraná e São Paulo). Até esse ano, também, apenas três unidades da federação contavam com cursos em instituições públicas estaduais (Pará, Alagoas e São Paulo, que concentra três deles).

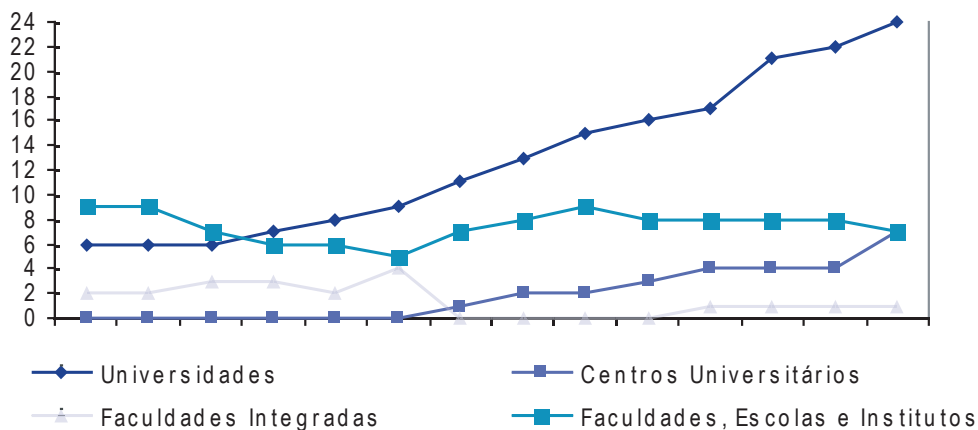
Quanto às diferentes formas de organização acadêmica – universidade, centro universitário, faculdades integradas e faculdades, escolas e institutos – pode-se verificar que houve, no período, uma ampliação da distribuição dos cursos entre as universidades e centros universitários (Tabela 2). Em 2004, 24 cursos estavam em universidades (oito públicas, sendo quatro federais e quatro estaduais, e 16 privadas), sete em centros universitários (privados), um em faculdade integrada (privada) e sete em faculdades, escolas e institutos (seis privadas e uma pública estadual).

Tabela 2. Distribuição dos cursos por organização acadêmica das IES

| Organização Acadêmica | 1991 | | 2004 | |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| | nº | % | nº | % |
| Universidade | 06 | 35,3 | 24 | 61,6 |
| Centro Universitário | - | - | 7 | 17,9 |
| Faculdade Integrada | 02 | 11,7 | 1 | 2,6 |
| Faculdades, Escolas e Institutos | 09 | 53 | 7 | 17,9 |

É necessário lembrar que as variações verificadas no âmbito dos diferentes tipos de organização acadêmica estão influenciadas pelo fato de houve, nesse período, deslocamento das IES para a categoria de Universidade e de Centro Universitário devido ao grande movimento por busca de autonomia. Assim, parte significativa do aumento de cursos em Universidades e Centros Universitários pode ser atribuída à mudança de status das próprias IES que os ofereciam, conforme o Gráfico 3. Entretanto, pode-se verificar que as faculdades isoladas são, depois das universidades, as organizações acadêmicas mais frequentes das IES que oferecem cursos de Terapia Ocupacional.

Gráfico 3. Evolução dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, segundo a organização acadêmica das IES, de 1991 a 2004



Verifica-se que, no período, a grande variação relacionada à criação de cursos de Terapia Ocupacional aconteceu entre as IES privadas, observando-se que em 2004 existiam 21 unidades da federação que não contavam com ensino público de Terapia Ocupacional. Nota-se, inclusive, que em unidades como o Rio de Janeiro, na qual está instalada a maior universidade federal do País, não existia ensino público em Terapia Ocupacional e dois cursos eram oferecidos por IES privadas. Ademais, a presença significativa de cursos em faculdades, escolas e institutos aos quais não é exigido o desenvolvimento de atividades de pesquisa, nem de práticas de investigação (como no caso dos centros universitários), pode ser um dos elementos que interfere negativamente no desenvolvimento técnico-científico e na produção do conhecimento na profissão. Seu impacto merece ser mais estudado.



Vagas

A evolução da distribuição geográfica das vagas no Brasil

Analisar a evolução das vagas em cursos Terapia Ocupacional no Brasil permite conferir a existência de determinadas tendências, na medida em que o número de cursos é pequeno, e existe uma grande variação do número de vagas que cada um deles oferece. No total, as vagas nos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil aumentaram de 785, em 1991, para 2530, em 2004, havendo variação de 222,3% no período. É preciso notar, no entanto, que embora esse percentual sugira um grande aumento no número de vagas, em termos absolutos esse crescimento não pode ser considerado tão relevante, principalmente se comparado a outras áreas de formação em recursos humanos para a saúde, conforme se verifica nesta publicação.

No período de 1991 a 2004, o Nordeste foi a região que relativamente mais aumentou o número de vagas (Tabela 3). Dentre as unidades da federação, Minas Gerais se destacou na oferta de vagas, com 528,3% de variação. O Estado do Paraná diminuiu o número de vagas oferecidas, variando negativamente em 12,5%

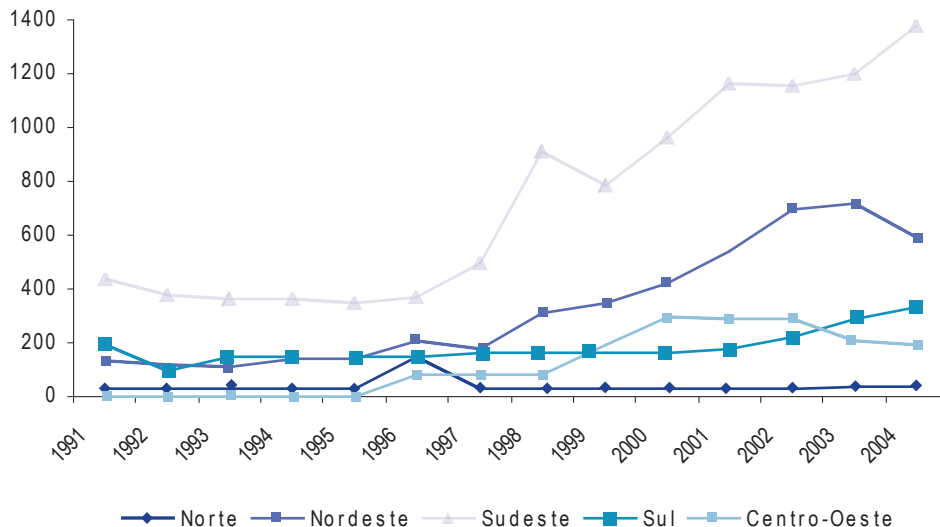
Tabela 3. Variação das vagas por região, no Brasil, entre 1991 e 2004

| Regiões | 1991 | 2004 | Variação % |
|--------------|------|------|------------|
| TOTAL | 785 | 2530 | 222,3 |
| Norte | 30 | 40 | 33,3 |
| Nordeste | 130 | 590 | 353,8 |
| Sudeste | 435 | 1380 | 217,2 |
| Sul | 190 | 330 | 73,7 |
| Centro-Oeste | 0 | 190 | - |

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

A evolução das vagas por região, conforme apresentado no Gráfico 4, confirma o que já foi apresentado na evolução dos cursos. As regiões norte e sul mantiveram seus números de vagas praticamente sem variação ao longo dos anos, sendo a primeira a que apresenta a situação mais alarmante quanto à formação de recursos humanos em Terapia Ocupacional. As Regiões Nordeste e Centro-Oeste têm apresentado um relativo e progressivo crescimento, principalmente após 1998, enquanto que a Região Sudeste é aquela que tem vivenciado o crescimento mais significativo na oferta de vagas.

Gráfico 4. Evolução das vagas de Terapia Ocupacional no Brasil, segundo as regiões, de 1991 a 2004



Evolução das vagas considerando a categoria administrativa e a organização acadêmica

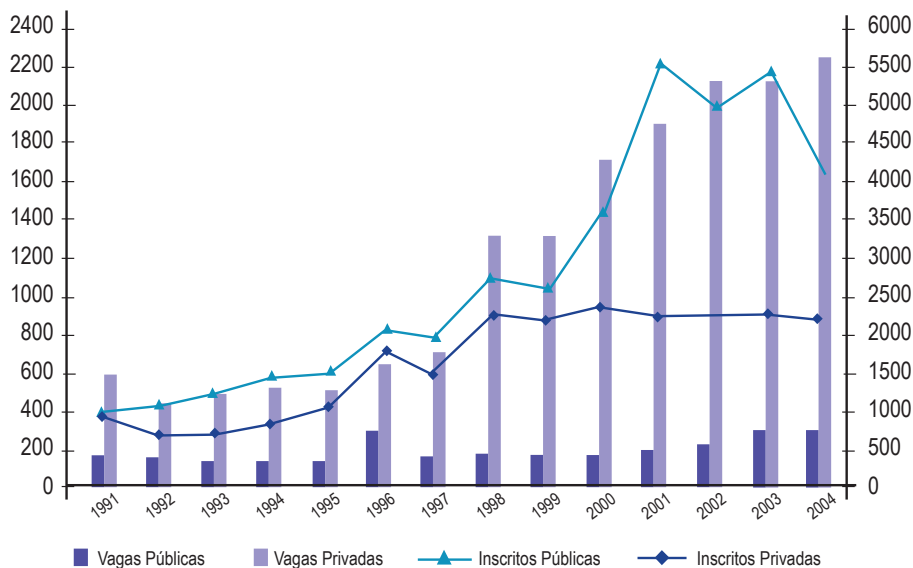
Nas IES públicas existiam 165 vagas em 1991 e 297 vagas em 2004. Nas privadas, havia 620 vagas em 1991 e 2233 em 2004. Na medida em que o aumento das vagas nos cursos de Terapia Ocupacional foi de 80% nas IES públicas e de 260,16 % nas IES privadas, nota-se o aumento da participação das IES privadas na oferta de vagas, que em 2004 atingiu o percentual de 88,3% (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das vagas nos cursos de Terapia Ocupacional por categoria administrativa

| Categoria Administrativa | 1991 | | 2004 | | Varição |
|--------------------------|------|----|------|------|---------|
| | n° | % | n° | % | % |
| Pública | 165 | 21 | 297 | 11,7 | 80 |
| Privada | 620 | 79 | 2233 | 88,3 | 260,16 |

Comparando-se o crescimento do número de cursos e de vagas, demonstrado respectivamente nos Gráficos 2 e 5, nota-se que as vagas públicas apresentam um aumento discreto, proporcional ao aumento do número de cursos públicos. Entretanto, as vagas das IES privadas mostram um aumento bastante significativo, proporcionalmente maior que o aumento ocorrido do número de cursos em IES privadas.

Gráfico 5. Evolução das vagas e dos inscritos em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, segundo a categoria administrativa das IES, de 1991 a 2004



Considerando-se apenas as universidades públicas, verificou-se que, em 1991, 81,5 % das vagas estavam em IES federais e 18,5 % em estaduais. Em 2004 essa distribuição é de 54,9 % nas federais e 45,1 % nas estaduais, decorrendo, provavelmente, de uma maior variação no número de vagas em IES estaduais (de 25 para 125) em relação às federais (de 110 para 152). Não existem vagas em universidades públicas municipais no período estudado.

Em 1991 a maior parte das vagas de Terapia Ocupacional (62,4%) estava em faculdades integradas e faculdades, escolas e institutos. Em 2004, ao contrário, 82,1% das vagas eram oferecidas por universidades e centros universitários, confirmando a tendência já discutida em relação à distribuição dos cursos e, provavelmente, influenciada pelo contexto de mudança de status organizacional das IES, como afirmado anteriormente (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das vagas nos cursos de Terapia Ocupacional por organização acadêmica

| Organização Acadêmica | 1991 | | 2004 | |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| | n | % | n | % |
| Universidade | 295 | 37,5 | 1569 | 62 |
| Centro universitário | - | - | 510 | 20,1 |
| Faculdade integrada | 140 | 17,8 | 80 | 3,1 |
| Faculdades, escolas e institutos | 350 | 44,6 | 371 | 14,6 |

Os dados apresentados reforçam a análise colocada anteriormente e apontam que, no que se refere à oferta, existem desigualdades regionais importantes, com impacto significativo na formação dos recursos humanos em saúde e gerando reflexos na oferta de ações de saúde à população. Igualmente, demonstram que o crescimento nacional do ensino privado também se deu no ensino de Terapia Ocupacional.

Inscritos em processos seletivos

Evolução da distribuição geográfica dos inscritos no Brasil

No Brasil, no período compreendido entre 1991 e 2004, o número de inscritos passou de 2.113 para 6.311, variando 198%. Houve elevação nesse número em todas as regiões do Brasil, ocorrendo a maior delas na Região Sul, cujo aumento

A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

foi de 289,7%, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Variação dos inscritos nos cursos de Terapia Ocupacional por região do Brasil

| Regiões | 1991 | 2004 | Variação |
|--------------|------|------|----------|
| TOTAL | 2113 | 6311 | 198% |
| Norte | 362 | 877 | 142,3% |
| Nordeste | 370 | 735 | 98,6% |
| Sudeste | 1167 | 3725 | 219,2% |
| Sul | 214 | 834 | 289,7% |
| Centro-Oeste | - | 140 | - |

Em 1991, do total de inscritos no País, 55,2%, ou seja, a maior parte deles, se encontrava na Região Sudeste. Essa situação foi mantida ao longo dos anos, alcançando no ano de 2004 o percentual de 59%. Considerando o número de cursos da Região Sudeste, bem como o número de vagas oferecidas em relação às demais, parece que a oferta da região tem acompanhado proporcionalmente o crescimento da demanda. Entre as unidades federativas dessa região, São Paulo obteve a maior variação no número de inscritos (420,8%).

Evolução do número de inscritos por categoria administrativa e organização acadêmica

Nas IES públicas o número de inscritos cresceu de 1.088, em 1991, para 4.011, em 2004, o que representou uma variação de 268,6%. Nas privadas aumentou de 1.025 para 2.300, havendo uma variação menor, de 124,3%. Nota-se, também, que ao longo do período a proporção de inscritos em IES públicas em relação ao total de inscritos foi ampliada, chegando em 2004 a representar 63,5% deste (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição de inscritos nos cursos de Terapia Ocupacional por categoria administrativa

| Categoria Administrativa | 1991 | | 2004 | |
|--------------------------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % |
| Pública | 1.088 | 51,4 | 4.011 | 63,5 |
| Privada | 1.025 | 48,6 | 2.300 | 36,5 |

A maior procura pelos cursos de Terapia Ocupacional oferecidos por IES públicas está claramente evidenciada no Gráfico 5, onde se nota, também, que ao lado desse crescimento de inscritos houve nestas um modesto aumento de vagas. Em comparação, o significativo aumento da oferta de vagas nas IES privadas não tem acompanhado a demanda, o que pode sugerir uma tendência de saturação do setor privado, caso o crescimento de vagas continue na mesma proporção. Tal entendimento pode ser reforçado pela relação entre o número de candidatos e o número de vagas, que será apresentada a seguir. Um aspecto a ser mais bem compreendido, que emerge dos dados já apontados, refere-se à influência do setor público na disponibilidade de recursos humanos em Terapia Ocupacional no País. Considerando a responsabilidade do setor público pela regulação da formação de recursos humanos para o setor saúde, parece ser fundamental que planos e estratégias nesse sentido considerem essa influência, especialmente na área de Terapia Ocupacional.

No que se refere às diferentes organizações acadêmicas, verificou-se no período um aumento de inscritos em universidades, o que é compatível com a expansão numérica dessas IES e das correspondentes vagas nelas instituídas.

Distribuição da relação candidato/vaga segundo a categoria administrativa

Como exposto acima, considerando-se o período estudado nota-se um importante aumento da demanda para os cursos de Terapia Ocupacional nas IES públicas, enquanto há diminuição da relação entre procura e oferta nas IES privadas. Em 1991, nas IES públicas a relação candidato vaga era de 6,59, tendo aumentado para 13,5 em 2004. Nas privadas, esses números são 1,65 e 1,03 para 1991 e 2004, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8. Relação candidato/vaga nos cursos de Terapia Ocupacional por categoria administrativa

| Categoria Administrativa | 1991 | 2004 |
|--------------------------|------|------|
| Total | 2,69 | 2,49 |
| Pública | 6,59 | 13,5 |
| Privada | 1,65 | 1,03 |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Verifica-se que, no período, a relação candidato vaga aumentou para as IES públicas e diminuiu para as IES privadas, provavelmente influenciada pelo aumento significativamente maior de oferta nestas últimas (260%) em relação às IES públicas (80%).

Matrículas

Evolução da distribuição de matrículas no Brasil

As matrículas nos cursos de Terapia Ocupacional aumentaram de 2.114, em 1991, para 5.385, em 2004, havendo uma variação de 154,7% (Tabela 9).

Tabela 9. Variação das matrículas em cursos de Terapia Ocupacional por região do Brasil

| | 1991 | 2004 | Variação |
|--------------|-------|-------|----------|
| TOTAL | 2.114 | 5.385 | 154,7% |
| Norte | 140 | 156 | 11,4% |
| Nordeste | 347 | 1.490 | 329,4% |
| Sudeste | 1.181 | 2.565 | 117,2% |
| Sul | 446 | 592 | 32,7% |
| Centro-oeste | - | 582 | - |

Entre as regiões do País, a maior mudança numérica ocorreu no nordeste, que ampliou significativamente seu número total de matriculados, variando 329,4%. A região que menos aumentou o número de matriculados foi a Região Sul, como poderia se supor através dos dados apresentados anteriormente.

Relação entre as matrículas em cursos de Terapia Ocupacional e a população de 18 a 24 anos em 2004

A Tabela 10 mostra a distribuição regional da relação entre o número de matrículas em Terapia Ocupacional e as representações percentuais da população de 18 a 24 anos do ano de 2004, constantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, 2004, do IBGE. Nota-se que a Região Norte representa apenas 2,9% das matrículas em Terapia Ocupacional do Brasil, enquanto apresenta 8,6% de faixa etária apropriada.

Tabela 10. Distribuição das matrículas em cursos de Terapia Ocupacional e população de 18 a 24 anos por região do Brasil

| Região | Matrículas | % | População | % |
|--------------|------------|------|------------|------|
| Brasil | 5385 | 100 | 24.072.318 | 100 |
| Norte | 156 | 2,9 | 2.073.628 | 8,6 |
| Nordeste | 1490 | 27,7 | 7.173.109 | 29,8 |
| Sudeste | 2565 | 47,6 | 9.871.632 | 41,0 |
| Sul | 592 | 11 | 3.214.581 | 13,4 |
| Centro-Oeste | 582 | 10,8 | 1.739.068 | 7,2 |

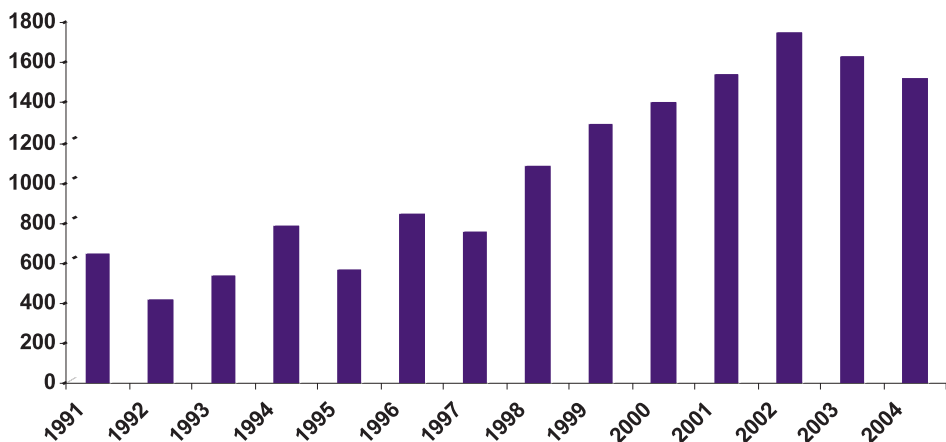
A Região Sudeste, por sua vez, tem 47,6% das matrículas, mas 41% da faixa etária apropriada, o que mostra, mais uma vez, haver uma desigualdade regional importante no que se refere à oferta do ensino em Terapia Ocupacional. Exceto nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, o percentual de matrículas nos cursos de Terapia Ocupacional é mais baixo do que a percentual da população de 18 a 24 anos, considerada apropriada para o ingresso no Ensino Superior.

Ingressantes

Evolução da distribuição dos ingressantes no Brasil

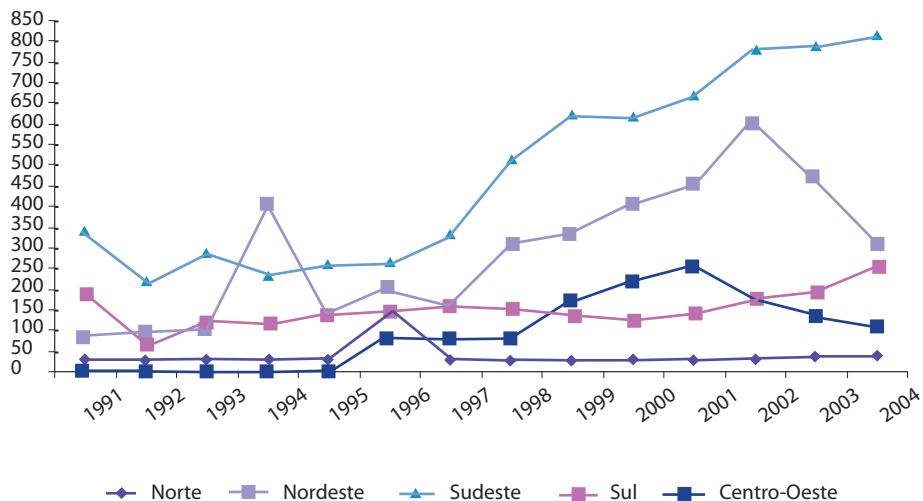
Em 1991, ingressaram nos cursos de Terapia Ocupacional do Brasil 646 estudantes e, em 2004, 1.523. Considerando os números relativos ao território nacional, essa evolução aconteceu de maneira irregular, sendo verificados aumentos e diminuições ao longo do período compreendido entre 1991 e 2004. De 1991 a 1996 houve evidentes variações numéricas e, a partir dessa data, até o ano de 2002, o crescimento do número de ingressantes foi pequeno, mas constante (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolução dos ingressos totais em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, de 1991 a 2004



Nos anos de 2003 e 2004 verificou-se novamente uma diminuição do número total de ingressantes, fortemente influenciado pela diminuição de ingressos nas regiões nordeste e Centro-Oeste, conforme pode ser verificado no Gráfico 7. Comparando-se os Gráficos 6 e 7, constata-se que estas duas regiões, apesar de apresentarem crescimento do número de ingressantes até 2002, apresentaram queda significativa destes nos anos mencionados. De fato, apenas a Região Sudeste apresentou uma linha de crescimento menos irregular e mais expressiva, e as Regiões Norte e Sul mantiveram-se sem alterações importantes ao longo do período.

Gráfico 7. Evolução dos ingressos em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, por região, de 1991 a 2004



A Região Nordeste, mesmo tendo apresentado um declínio no número de ingressos em 2003 e 2004, foi a região brasileira na qual a variação foi mais significativa, atingindo 275,3%, como pode se verificar na Tabela 11.

Tabela 11. Variação dos ingressos em cursos de Terapia Ocupacional de 1991 a 2004, por região do Brasil

| Região | 1991 | 2004 | Varição % |
|--------------|------|------|-----------|
| Norte | 30 | 40 | 33,3 |
| Nordeste | 81 | 304 | 275,3 |
| Sudeste | 345 | 817 | 136,8 |
| Sul | 190 | 250 | 31,6 |
| Centro-Oeste | 0 | 112 | - |



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Considerando-se as unidades da federação, Pernambuco foi quem mais aumentou o ingresso, com variação de 455,6%, seguido por Minas Gerais com 321,7%. Os Estados que variaram negativamente o número de ingressos foram Paraná (-36,3%) e o Rio de Janeiro (-33,8%). =

Evolução do número de ingressantes segundo a categoria administrativa e organização acadêmica

Ingressaram em IES públicas 133 e 297 estudantes respectivamente, em 1991 e 2004. Nas IES privadas ingressaram, em 1991, 513 estudantes e, em 2004, 1226.

Tabela 12. Distribuição dos ingressos em cursos de Terapia Ocupacional de 1991 a 2004, por categoria administrativa

| Categoria Administrativa | 1991 | | 2004 | |
|--------------------------|------|------|------|------|
| | nº | % | nº | % |
| Públicas | 133 | 20,6 | 297 | 19,5 |
| Privadas | 513 | 79,4 | 1226 | 80,5 |

Embora se note que os percentuais de representação dos ingressantes nas IES públicas e privadas apresentem pouca mudança, considerando-se apenas os anos de 1991 e 2004, é necessário lembrar que devido à irregularidade do crescimento do conjunto, esse percentual também variou ao longo desse período.

Em 1991, 36,2 % dos ingressantes nos cursos de Terapia Ocupacional o fizeram em universidades, sendo 44% nas públicas e 56% nas privadas. Já em 2004, 66,1% destes estavam em universidades, sendo 27,5% nas públicas e 72,5% nas privadas.

Considerando-se apenas as universidades públicas, temos que, em 1991, 75,7% de ingressantes estavam nas IES federais e 24,3% nas IES estaduais. Em 2004, 54,9% dos ingressantes estavam nas IES federais e 45,1% nas IES estaduais, confirmando que houve maior crescimento e aproveitamento de oferta entre estas últimas.

Os ingressantes em centros universitários e faculdades foram 63,8% em 1991, sendo 7,3% nas públicas e 92,7% nas privadas. Em 2004, foram 33,9%, sendo 3,9% nas públicas e 96,1% nas privadas.

Evolução da relação ingressante/vaga segundo as categorias administrativas

Houve, no período estudado, uma diminuição no preenchimento das vagas oferecidas pelos cursos de Terapia Ocupacional, considerando-se a totalidade do território nacional e todos os diferentes tipos de IES.

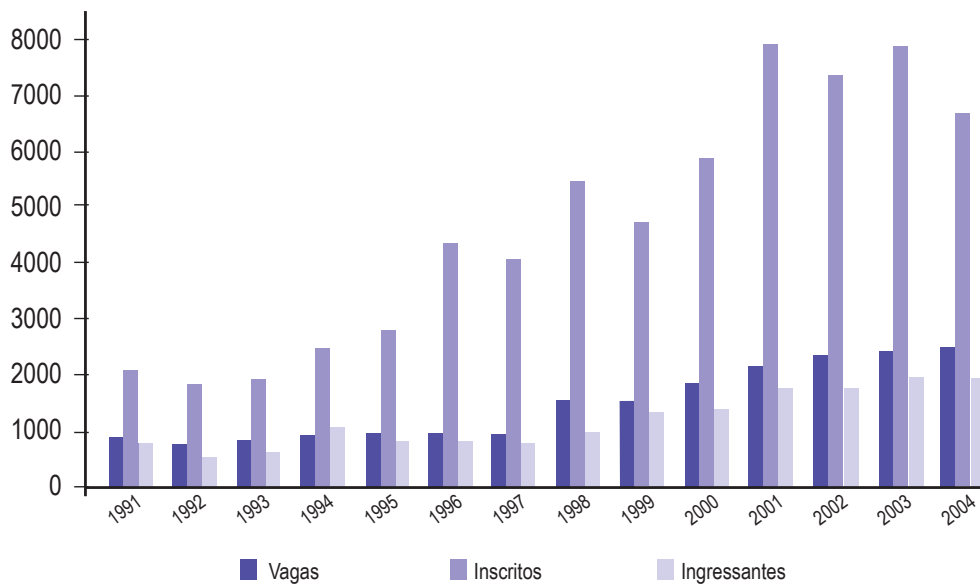
Ao se verificar essa distribuição entre as IES, notamos que, se em 1991 a situação era praticamente idêntica entre IES públicas e privadas, ou seja, o aproveitamento das vagas disponíveis era de aproximadamente 80% para ambas, em 2004 essa situação é bastante distinta. Nas IES públicas observa-se um aproveitamento de 100% das vagas, enquanto nas privadas esse percentual cai para 54%.

Tabela 13. Distribuição da relação entre vagas disponíveis e ingressantes em cursos de Terapia Ocupacional, por categoria administrativa

| Categoria administrativa | 1991 | 2004 |
|--------------------------|------|------|
| Total | 0,82 | 0,60 |
| Pública | 0,80 | 1,0 |
| Privada | 0,82 | 0,54 |

Pode-se considerar, então, que a diminuição no total de preenchimento das vagas dos cursos de Terapia Ocupacional esteve circunscrito às IES privadas e está relacionado, provavelmente, com o grande aumento da oferta de vagas apontado anteriormente (260,16%). Através da tabela acima, nota-se que existiam mais vagas ociosas em Terapia Ocupacional em 2004 do que em 1991. Esta relação pode ser mais bem visualizada no Gráfico 8, que mostra comparativamente a evolução do número de vagas, de inscritos e ingressantes nos cursos de Terapia Ocupacional no período de 1991 a 2004. Nele pode-se perceber que o número de ingressantes tem se tornado progressivamente menor quando comparado ao número de vagas, o que mostra que, principalmente depois de 2000, existe um número maior de vagas ociosas, fundamentalmente nas IES privadas.

Gráfico 8. Evolução de vagas, inscritos e ingressos em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, de 1991 a 2004



Concluintes

Evolução da distribuição geográfica dos concluintes no Brasil

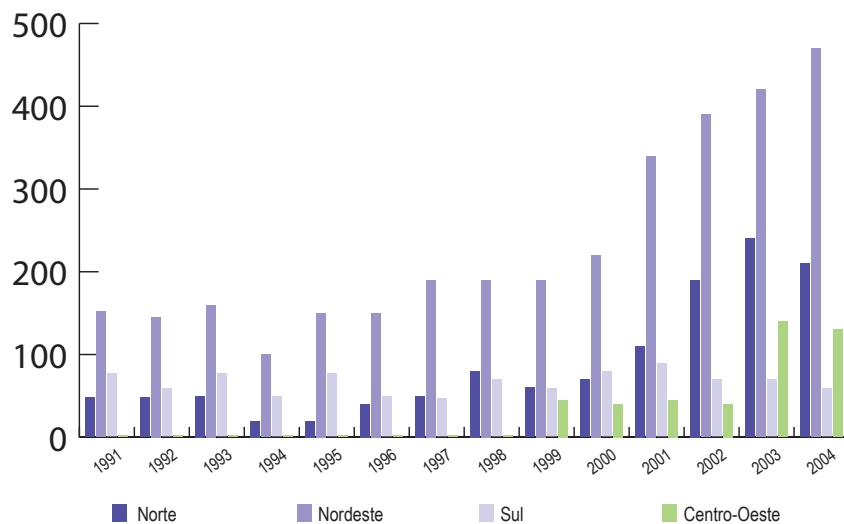
No Brasil, em 1991, concluíram os cursos de Terapia Ocupacional 280 estudantes, enquanto que em 2004 foram 897. Esse número chama a atenção para o que já se apontou anteriormente quanto às dimensões numéricas do universo abordado e reforça a noção de que resulta do processo de formação de terapeutas ocupacionais no Brasil um número bastante pequeno de potenciais profissionais.

Tabela 14. Distribuição de concluintes em cursos de Terapia Ocupacional, por região do Brasil

| Região | 1991 | 2004 | Variação % |
|--------------|------|------|------------|
| Total | 280 | 897 | 220,4 |
| Norte | 6 | 21 | 250 |
| Nordeste | 40 | 208 | 420 |
| Sudeste | 155 | 463 | 198,7 |
| Sul | 79 | 71 | -10,1 |
| Centro-Oeste | 0 | 134 | - |

No período de 1991 a 2004, também foi o Nordeste a região que, relativamente, mais aumentou o número de concluintes. Considerando-se as unidades federativas, São Paulo e Rio de Janeiro foram os que mais aumentaram o número de concluintes, respectivamente, com variação de 209,8% e 203,4%. O Paraná variou negativamente o número de concluintes (-69,2%).

Gráfico 9. Evolução de concluintes em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, de 1991 a 2004





A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Mais uma vez, observando-se os números absolutos de concluintes nas diferentes regiões do Brasil, (Tabela 14), cabe apontar a pequena dimensão ocupada pela área de Terapia Ocupacional no conjunto de recursos humanos formados para a saúde, independentemente da região abordada. Considerando estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS que indicam que 10% da população de qualquer país apresentam deficiências fora dos períodos de guerra (ONU, 1982), cabe discutir o que esses dados podem significar, dado que os terapeutas ocupacionais, além de atuar no campo da prevenção e reabilitação das incapacidades, voltam-se para a inclusão social desse segmento. Além disso, baseados nos estudos que demonstram o aumento progressivo da população idosa no Brasil e suas conseqüências para o campo da saúde, bem como na verificação do aumento dos problemas decorrentes dos processos de inclusão-exclusão social em nosso País, verifica-se a necessidade de aprofundar a discussão sobre as possíveis relações entre as demandas populacionais, o mercado de trabalho e a formação de terapeutas ocupacionais no Brasil.

Evolução do número de concluintes por categoria administrativa e organização acadêmica das IES

Nas IES públicas, em 1991, concluíram cursos de Terapia Ocupacional 82 estudantes e, em 2004, concluíram 150. Nas IES privadas, em 1991, concluíram 198 estudantes e, em 2004, 747, o que mostra uma redução na participação das IES públicas em relação ao número total de concluintes no Brasil.

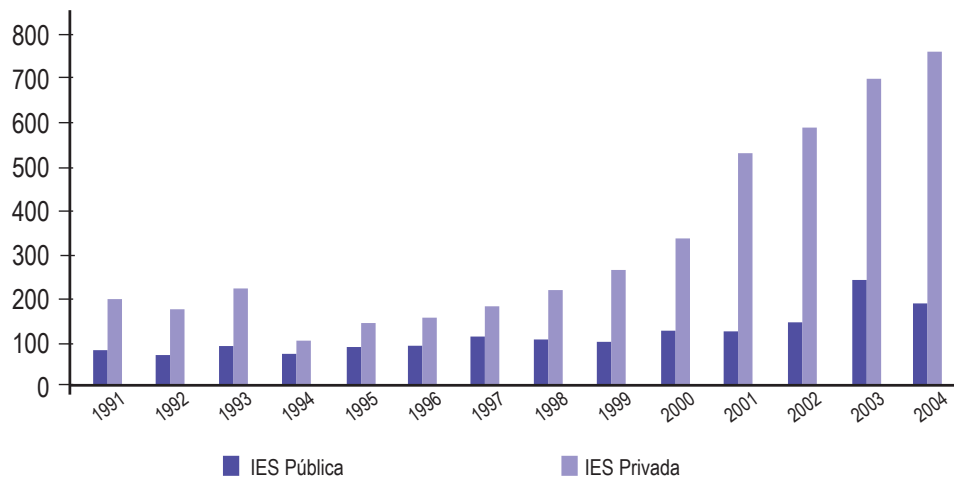
Tabela 15. Distribuição de concluintes em cursos de Terapia Ocupacional, por categoria administrativa

| Categoria administrativa | 1991 | | 2004 | |
|--------------------------|------|------|------|------|
| | nº | % | nº | % |
| Pública | 82 | 29,3 | 150 | 16,7 |
| Privada | 198 | 70,7 | 747 | 83,3 |

Diferentemente do que ocorreu com o número de ingressantes nos cursos de Terapia Ocupacional ao longo do período, aumentando e diminuindo várias vezes, o número de concluintes manteve-se em constante elevação na última década (1994 – 2004), modificando uma tendência de queda observada no período de 1991 a 1994.

A distribuição do número de concluintes por categoria administrativa das IES pode ser melhor visualizada na Tabela 15, através da qual se mostra o pequeno aumento no número de concluintes no ensino público, ao lado do aumento acentuado de concluintes no ensino privado, confirmando a tendência privatista que caracterizou o Ensino Superior desde a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996.

Gráfico 10. Evolução de concluintes em cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, por categoria administrativa, de 1991 a 2004



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

Em 1991, dentre os concluintes das universidades públicas, 71,1% estavam nas federais e 28,9% nas estaduais. Em 2004, 74,8% dos concluintes estavam nas federais e 25,2% nas estaduais, mostrando que não houve significativa mudança no período, provavelmente devido ao tempo que decorre entre a abertura de vagas e a existência de concluintes.

A situação por organização acadêmica mostra que os concluintes em universidades foram, em 1991, 46,5%, sendo 58,5% nas públicas e 41,5% nas privadas. Em 2004, 57,5% dos concluintes estavam em universidades, sendo 26,2% nas públicas e 73,8% nas privadas (Tabela 16). Esse aumento da participação das universidades era esperado e, como já se discutiu, está relacionado às mudanças ocorridas no status organizacional das IES.

Tabela 16. Distribuição de concluintes em cursos de Terapia Ocupacional, por organização acadêmica

| Organização Acadêmica | 1991 | | 2004 | |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| | nº | % | nº | % |
| Universidade | 130 | 46,5 | 515 | 57,5 |
| Centro universitário | - | - | 94 | 10,5 |
| Faculdade integrada | 6 | 2,1 | 41 | 4,5 |
| Faculdades, escolas e institutos | 144 | 51,4 | 247 | 27,5 |

Em relação aos centros universitários, faculdades integradas e faculdades, escolas e institutos verificou-se que, em 1991, nestes estavam 53,5% dos concluintes, sendo 4% nas IES públicas e 96% nas IES privadas; em 2004, contavam com 42,5% dos concluintes, sendo 3,9% nas públicas e 96,1% nas privadas.

Evolução da relação entre o número de concluintes e ingressantes 3 anos antes, nos últimos 5 anos, segundo a categoria administrativa

No Brasil, nas IES públicas, a relação entre o número de concluintes e ingressantes sofreu algumas variações no período de 1991 a 2004. Tomando-se

os últimos 5 anos, nota-se que essa variação continua a existir nas IES públicas, enquanto nas IES privadas a alteração é pequena, de 53% a 57%.

Realizada a média dos últimos 5 anos, percebe-se através da Tabela 17 que houve nas IES públicas um maior número de concluintes em relação aos ingressantes, podendo-se afirmar que, nestas, 76% dos ingressantes concluem os cursos de Terapia Ocupacional. Já nas IES privadas, a média da relação entre concluintes e ingressantes dos cursos de Terapia Ocupacional é de 54%.

Tabela 17. Evolução da relação entre concluintes e ingressantes 3 anos antes no Brasil, nas IES públicas

| Ano | Concluintes | Ingressantes 3 anos antes | Percentual concluinte/integrante |
|-------|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| 2000 | 125 | 153 | 81% |
| 2001 | 116 | 182 | 63% |
| 2002 | 131 | 181 | 72% |
| 2003 | 200 | 195 | 102% |
| 2004 | 150 | 225 | 66% |
| Média | | | 76% |

Tabela 18. Evolução da relação entre concluintes e ingressantes 3 anos antes no Brasil, nas IES privadas

| Ano | Concluintes | Ingressantes 3 anos antes | Percentual concluinte/integrante |
|-------|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| 2000 | 324 | 605 | 53 % |
| 2001 | 483 | 902 | 53% |
| 2002 | 596 | 1.118 | 53% |
| 2003 | 696 | 1.205 | 57% |
| 2004 | 747 | 1.320 | 56% |
| Média | | | 54% |

Nota-se, portanto, que embora tenha havido diminuição da participação de concluintes das IES públicas no cenário nacional (de 29,3% para 16,7%), não se pode atribuí-lo a uma elevação na evasão dos alunos dessas IES, ou a qualquer processo que resulte em menor número de concluintes em relação a ingressantes como fenômeno geral. Provavelmente, o fenômeno ocorre relacionado ao menor crescimento do setor público na formação de terapeutas ocupacionais brasileiros.

Perfil dos alunos de Terapia Ocupacional que realizaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE

O ENADE, como um dos procedimentos de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, tem sido considerado um dos indicadores necessários para dimensionar e avaliar as políticas públicas de educação no Ensino Superior. A inclusão de todos os cursos da área da saúde representou um avanço dentro dessa proposição e trouxe, para a Terapia Ocupacional, uma primeira experiência nesse sentido.

Os dados apresentados e discutidos a seguir são referentes aos estudantes dos cursos de Terapia Ocupacional no ano de 2004, que totalizam 1.087 ingressantes e 772 concluintes. Estes, além de responderem à prova proposta na ocasião, também responderam ao questionário do qual foram extraídas as informações que a seguir são apresentadas.

Os alunos concluintes da área de Terapia Ocupacional são, em maioria, do sexo feminino (94,2%). Entre os alunos ingressantes, esse padrão também é recorrente, com o percentual de 93,3%. Ressalta-se que mesmo constituindo-se em uma graduação predominantemente cursada por mulheres, o percentual de homens entre os alunos ingressantes (6,7%) é ligeiramente maior que entre os concluintes (5,8%). Os concluintes têm média de idade de 25,2 anos (d.p. = 5,7). Entre os ingressantes a média de idade é de 22,5 anos (d.p. = 6,7), havendo predomínio de solteiros (87%).

Os resultados apontam uma maioria de estudantes ingressantes e concluintes que se declararam brancos, 69,8 % e 73,8 % respectivamente. Destaca-se que a porcentagem de brancos na população urbana brasileira é de 56,2% (IBGE, 2004). Entre os ingressantes, 21,1% se declararam pardos, 5,1% negros, 3,7% amarelos e 0,4% indígenas. E entre os concluintes, 18,2 % se declararam pardos, 2,8% negros, 3% amarelos e 2,2% indígena.



Apesar de a maioria dos alunos se declarar branca, existe entre os ingressantes uma maior porcentagem de alunos (4,9%) que se declaram negros se comparada à porcentagem dos concluintes. Algumas hipóteses explicativas podem ser construídas sobre essa diferença encontrada entre ingressantes e concluintes. Uma possibilidade é que tais resultados apontem para uma discreta tendência de maior inserção de alunos negros na área de Terapia Ocupacional. Outra possibilidade é que alunos que anteriormente não se declarariam pardos, mulatos e/ou negros sentiram-se mais fortalecidos e afirmados em relação à sua identidade étnica, tendo, assim, mais disponibilidade de se declararem membros desses grupos étnicos. Por fim, uma terceira alternativa é que, ao longo do curso, ocorra maior evasão de alunos negros, o que explica seu menor percentual entre os concluintes.

Com relação à renda familiar, os resultados mostram que 48% dos estudantes ingressantes e concluintes situam-se na faixa de renda entre três e dez salários. Pode-se também observar que a porcentagem de estudantes ingressantes na faixa de renda mais baixa, ou seja de até três salários, é maior (24%) que a porcentagem de concluintes (15,2%), e que a porcentagem de ingressantes é menor (8%) na faixa de renda mais alta, acima de 20 salários, se comparada com as porcentagens de alunos concluintes (15,5%).

Quanto ao padrão ocupacional, não há diferenças significativas entre ingressantes e concluintes. Em sua maioria, os estudantes de Terapia Ocupacional não trabalham e tem seus gastos financiados completamente pelas famílias (75% na média de ingressantes e concluintes). Trabalham, mas recebem ajuda da família, 15%. Estudantes que trabalham e são responsáveis por seu sustento representam 3%. Trabalham e contribuem com o sustento da família 4%, e são responsáveis pelo sustento da família 2% dos estudantes. Em média, 50% dos estudantes não exercem nem exerceram atividade remunerada. Trabalham ou trabalharam eventualmente cerca de 10% dos estudantes. Quanto ao regime de trabalho, cerca de 10 % dos estudantes trabalharam ou trabalham por períodos de até 20 horas semanais e 12 % deles entre 20 e 40 horas semanais. Trabalham ou trabalharam em tempo integral 21, 2 % dos ingressantes e 14,1 % dos concluintes.

No que se refere à obtenção de bolsas de estudos e financiamento, 77,1 dos ingressantes e 69,6 % dos concluintes não receberam nenhum tipo de auxílio. Receberam bolsas integral ou parcial oferecidas pela IES 15,6 % dos ingressantes e 12,4% dos concluintes. Recebem Financiamento Estudantil – FIES 1,6% dos ingressantes e 7,5% dos concluintes.

Quanto ao grau de escolaridade de pais e mães dos estudantes de Terapia Ocupacional predomina o Ensino Médio, seguido pelo Ensino Superior.

Quanto à categoria administrativa da escola freqüentada no Ensino Médio,



A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde

pública ou privada, há um predomínio de estudantes provenientes de cursos realizados totalmente no ensino privado, 52,2 % dos ingressantes e 62,7% dos concluintes. A porcentagem de estudantes que cursaram todo o Ensino Médio em escolas públicas é de 30,6 % dos ingressantes e 20,4% dos concluintes.

Em relação ao conhecimento da língua inglesa, 37,9% de ingressantes e 41,7% dos concluintes tem conhecimento praticamente nulo. Apenas 7,5% dos ingressantes e 5% dos concluintes declararam que lêem, escrevem e falam bem a língua inglesa. Esses dados são semelhantes para o conhecimento da língua espanhola visto que há 42,7% dos ingressantes e 40,6% dos concluintes com conhecimento praticamente nulo, e 2,9% e 2,5% respectivamente dos ingressantes e concluintes, que declararam que lêem, escrevem e falam bem esta língua.

Quando se investigou o tipo de mídia utilizado pelos estudantes para se manterem atualizados sobre os acontecimentos do mundo contemporâneo, os resultados mostraram que o meio mais utilizado por estudantes ingressantes e concluintes é a televisão (66%), seguido da rede mundial de computadores – Internet (18%).

Em relação à utilização da biblioteca, 47,4% dos ingressantes e 43,6% dos concluintes utilizam a biblioteca muito freqüentemente, enquanto que 42,5% dos ingressantes e 42,8% dos concluintes utilizam com razoável freqüência.

Quanto às horas de estudo semanais, o maior percentual se encontra entre aqueles que estudam de 3 a 5 horas por semana – 39% dos ingressantes e 41,2% dos concluintes – seguido daqueles que estudam de 1 a 2 horas por semana – 29,9% dos ingressantes e 41,2% dos concluintes. Apenas 11,5% dos ingressantes e 16,3% dos concluintes estudam mais de 8 horas por semana, excetuando-se as horas de aula.

Um número significativo de estudantes não desenvolveu outras atividades acadêmicas além das obrigatórias durante o curso, totalizando 59,2% dos ingressantes e 36,5% dos concluintes. As atividades de extensão promovidas pela IES envolveram 16,5% dos ingressantes e 21,3% dos concluintes. Em projetos de pesquisa conduzidos por professor da IES participaram 14,7% dos ingressantes e 21,8% dos concluintes. As atividades de monitoria contaram com 4,2% dos ingressantes e 8% dos concluintes. Apenas 5,5% dos ingressantes e 12,4 % dos concluintes participaram de atividades de iniciação científica e tecnológica.

Merece destacar que 43,9% dos concluintes não participaram de projeto de pesquisa e/ou iniciação científica porque não tiveram interesse ou oportunidade, enquanto que 37% dos concluintes desenvolveram projeto de pesquisa, sendo estes supervisionados por professor.

Esta pequena porcentagem de estudantes envolvidos em pesquisa e/ou iniciação científica deve ser mais bem compreendida, mas cabe destacar que



esta atividade é desenvolvida basicamente nas universidades e de forma relativa nos centros universitários e faculdades ou escolas isoladas, que são instituições que se dedicam exclusivamente ao ensino de graduação e não têm exigência de desenvolvimento de pesquisa e de atividades de extensão. Cabe também registrar que duas grandes universidades não participaram da avaliação, o que pode ter contribuído para esses resultados em relação à pesquisa.

De toda forma, os resultados indicam a necessidade de que se entenda melhor o envolvimento dos estudantes em todas as modalidades de atividades acadêmicas complementares, uma vez que são atividades importantes para a formação individual e coletiva.

Em relação ao acesso a computador e à rede mundial de computadores – Internet, 73 % dos ingressantes e 82% dos concluintes usam o computador freqüentemente ou sempre, tendo 95% deles acesso à Internet. Os estudantes declararam que utilizam o computador em casa e na IES respectivamente, 69,2 % e 90,8% dos ingressantes e 83,4% e 79,3% dos concluintes.

Verifica-se, então, que o perfil do estudante de Terapia Ocupacional participante do ENADE em 2004 era constituído predominantemente por pessoas do sexo feminino, brancas, integrantes de famílias com renda na faixa de três a dez salários mínimos, não trabalham e têm seus gastos financiados pela família, e são provenientes do ensino privado. A maioria declara conhecimento praticamente nulo da língua inglesa e espanhola, utiliza a televisão para se atualizar dos conhecimentos do mundo contemporâneo e têm acesso a computadores e à rede mundial de computadores.

Cabe destacar que, exceto pelo fato de registrar a predominância de estudantes do sexo feminino, notou-se que o perfil do estudante de Terapia Ocupacional é similar àquele da maioria que compõe o conjunto dos estudantes da área de saúde do sistema de Ensino Superior do País, evidenciado no Resumo Técnico do ENADE 2004 (Inep, 2005). Pode-se supor, portanto, que a maioria dos estudantes de Terapia Ocupacional apresenta características que a torna potencialmente influenciada pelas medidas que visem atingir a maioria do conjunto dos estudantes desse sistema.

Como se afirmou anteriormente, os cursos de Terapia Ocupacional participaram pela primeira vez do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes em 2004. Assim, espera-se que os dados aqui apresentados, que identificam características desse momento específico, possam vir a ser analisados em conjunto com aqueles que comporão, futuramente, uma série histórica do perfil dos estudantes de Terapia Ocupacional, o que permitirá notar e analisar a evolução desse perfil em períodos definidos e identificar elementos que tragam subsídios para a formulação de políticas para o setor.

Tendências e perspectivas da formação de terapeutas ocupacionais no Brasil

As tendências observadas a partir da análise dos dados aqui apresentados podem ser sintetizadas nas seguintes afirmações:

A) Nota-se, ao longo da trajetória da Terapia Ocupacional no Brasil, uma constante preocupação e tematização da qualidade do ensino. No âmbito dessas reflexões se efetivaram (e efetivam) as principais elaborações críticas acerca do papel social dos terapeutas ocupacionais frente às demandas da população e do seu contexto. É desejável que isso continue a acontecer e seja, por outro lado, estimulado.

Além disso, é necessário que a avaliação do Ensino Superior, atualmente consubstanciada na proposta do SINAES, possa atuar como um elemento que promova a qualidade da formação dos terapeutas ocupacionais. Nesse sentido, a busca por instrumentos de avaliação que associem as diretrizes da política de Ensino Superior aos anseios e elaborações dos profissionais docentes é um desafio e uma necessidade.

B) Embora tenha havido aumento do número de vagas, matrículas, inscritos, ingressantes e de cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, especialmente a partir de 1998, este se diferencia, no conjunto das áreas que compõem os recursos humanos na saúde, por sua pequena dimensão, se levarmos em conta a importância desse profissional para que se atinja, de maneira consistente, a meta de promover a integralidade e a equidade das ações de saúde em todo o território nacional. A concepção do processo saúde-doença que fundamenta o arcabouço conceitual e operacional do Sistema Único de Saúde implica na inequívoca necessidade de que haja maior incorporação dos terapeutas ocupacionais nesse plano e, conseqüentemente, que a formação dos profissionais atenda aos desafios colocados no sentido de consolidar esse sistema, garantindo seu acesso a todos, a resolubilidade das ações de saúde e o controle social.

Embora não tenhamos explorado neste texto as possíveis relações entre o número de profissionais que estão sendo formados e o número de habitantes em nosso País, pode-se supor que existam muitas regiões nas quais a possibilidade de disponibilizar a ação profissional do terapeuta ocupacional para quem dela necessita é praticamente inexistente, na medida em que a formação desses profissionais tem sido extremamente limitada. A implementação de estudos que analisem a necessidade e a viabilidade da criação de cursos de Terapia Ocupacional em diferentes pontos do território nacional poderia subsidiar um plano conseqüente de expansão da formação de recursos humanos nessa área, bem como promover a melhoria da atenção à



saúde e a outras problemáticas que atualmente compõem o campo de ação do terapeuta ocupacional, como a educação inclusiva e as ações sociais voltadas a grupos vulneráveis ou em situação de ruptura das redes sociais de suporte, como adolescentes e jovens vítimas da violência e pessoas em situação de rua.

C) A Região Sudeste destaca-se no cenário nacional, por concentrar o maior número de cursos e vagas, bem como por ter apresentado o mais acentuado crescimento no período de 1991 a 2004. Parece necessário que o crescimento dos cursos de Terapia Ocupacional na Região Sudeste seja acompanhada, no sentido de evitar a sobre-oferta.

D) A ampliação da oferta de formação em Terapia Ocupacional tem se situado, notadamente, no âmbito privado, embora se note maior procura e ocupação das vagas públicas, que cresceram pouco e de forma concentrada, no período aqui abordado. Interessa profundamente aos terapeutas ocupacionais conhecer as conseqüências dessa tendência na formação profissional, o que não poderia ocorrer sem a realização de novos estudos. Porém, importa afirmar, também, a necessidade de criação de cursos em IES públicas, atendendo a uma melhor distribuição regional e a uma possível compreensão da relevância de um investimento da esfera pública na formação desses profissionais.

E) O processo de expansão do ensino de Terapia Ocupacional no Brasil, além de certamente se encontrar contextualizado pelos aspectos mais gerais das políticas de saúde e educação, merece ser analisado e desenvolvido à luz das características presentes na realidade objetiva do mercado de trabalho desses profissionais. Parece haver grande nexos entre o desenvolvimento de políticas públicas de atenção a grupos populacionais específicos como pessoas com deficiências e incapacidades, com sofrimento psíquico, idosos e outros segmentos sociais que demandam ações de terapeutas ocupacionais, e a relevância da expansão da formação desses profissionais. A universalidade do Sistema de Saúde brasileiro fundamenta, também, a responsabilidade do Estado sobre a saúde dos grupos populacionais mencionados e remete à necessidade de que a expansão do ensino de Terapia Ocupacional acompanhe o processo de efetivação do acesso desses segmentos aos serviços de saúde, o que, por sua vez, deveria garantir a incorporação dos terapeutas ocupacionais ao mercado de trabalho.

Por último, cabe ressaltar a importância de implementar políticas de capacitação de recursos humanos para atender às necessidades integrais de saúde da população brasileira – como também é indicado nas diretrizes do SUS – para tanto, é preciso, que o poder público estabeleça medidas que interfiram propositivamente na realidade da atenção e da formação na área de Terapia Ocupacional.

Referência bibliográfica

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS (ABRATO) et al. **Carta ao Conselho Nacional de Educação**. São Paulo, 2 de agosto. 2001. 2p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS (ABRATO). **Carta ao Conselho Nacional de Educação**. Plenária de encerramento do VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Porto Alegre, 5 de outubro. 2001. 1p.

BARROS, Denise; LOPES, Roseli; OLIVER, Fátima. **A formação de recursos humanos para a saúde, uma tarefa contínua**: principais necessidades profissionais pelos terapeutas ocupacionais e as alternativas institucionais. Apostila. São Carlos: UFSCar/USP, 1996. 7p.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **Currículos mínimos dos cursos de nível superior**. Brasília: Departamento de Documentação e Divulgação, 1974.

_____. Ministério de Educação e Cultura. **Reformulação do currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional**. Parecer nº 622/82. Brasília, 1982.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em www.mec.gov.br/sesu. Acesso em 2000 e 2001.

_____. Ministério de Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 6/2002**. Brasília, 2002. 5p.

_____. Ministério de Educação. **Portaria nº 2.051** de 9 de julho de 2004. Brasília: Ministério da Educação: Gabinete do Ministro, 2004a. 12p.

_____. Ministério de Educação. **Portaria Inep N°. 122** de 6 de agosto de 2004. Brasília: Diário Oficial da União, 9 de agosto de 2004, Seção 1, p.32. 2004b.

_____. Ministério de Educação. Inep. **Instrumento de avaliação externa de universidades** – sistema nacional de avaliação da educação superior. Brasília, março de 2005. 93p.

CIASCA, Roberto. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: **Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional**. 5., 9 de outubro 1996. Recife: UFPE. Comunicação pessoal.

- DRUMOND, Adriana. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: **Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional**. 5., 9 de outubro. 1996. Recife : UFPE. Comunicação pessoal.
- EMMEL, Maria Luisa et al. **Evolução científica da terapia ocupacional no Brasil (1984 – 1986)**. Apostila. São Carlos: Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFSCar, 1986.
- EMMEL, Maria Luisa; LANCMAN, Selma. Capacitação docente em terapia ocupacional no Brasil. In: **Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional**. 5., 10 de outubro. 1996. Recife: UFPE. Comunicação pessoal.
- ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 8. **Resoluções**. Campo Grande, 4 a 7 de agosto. 2002.
- GALHEIGO, Sandra. Formação do terapeuta ocupacional: capacitação docente, ensino e pesquisa. In: **Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional**. 7., 2000. Salvador: Escola Bahiana de Medicina. Conferência de abertura.
- HAHN, Michelle. **O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional: a opção pela psiquiatria e saúde mental**. Campinas, 1999. 196p. (Tese de Doutorado em Ciências Médicas/Saúde Mental) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- HAHN, M.; LOPES, R. Diretrizes para a formação de terapeutas ocupacionais – percursos e perspectivas. **Proposições**, Campinas, v. 14, n. 1(40), p. 121-139, janeiro/abril, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (Inep). **Censo da educação Superior – 2004**. Resumo Técnico. Brasília: Inep, 2005.
- _____. **Resumo Técnico – ENADE-2004**. Brasília: Inep, 2005.
- LOPES, Roseli. Currículo mínimo para a terapia ocupacional; uma questão técnico-ideológica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 33-41, agosto. 1990.
- _____. **A formação do terapeuta ocupacional – o currículo: histórico e propostas alternativas**. 1991. 215p. (Dissertação de Mestrado em Educação) Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.

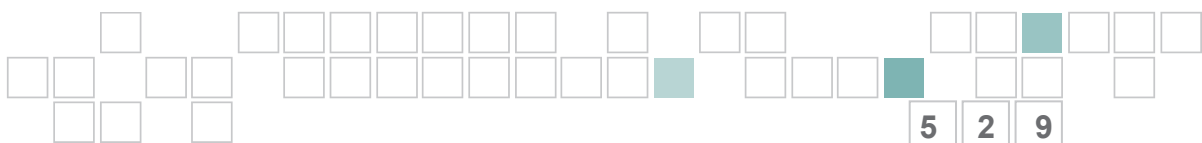
- _____. O fio da meada: a formação em terapia ocupacional. Os cursos e suas teias. In: Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional. 5., 9 de outubro. 1996. Recife. Comunicação pessoal. UFPE.
- LOPES, R.; MAGALHÃES, L.; MAGALHÃES, L. Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1/3, p. i-ii, 2001.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa de Ação Mundial para as pessoas com deficiência. São Paulo: CEDIPOD, 1992.
- SOARES, Léa. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980. São Paulo: Hucitec, 1991. 216p.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Apostila. Coletânea de textos. In: **I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte, 1986.
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT). **Recommended minimum standards for the education of occupational therapists**. Council of the WFOT, 1958, reprinted with amendments, 1971.
- _____. **Recommended minimum standards for the education of occupational therapists**. Council of the WFOT, 1958, reprinted with amendments, 1993. 86p.
- _____. **Revised minimum standards for the education of occupational therapists** – 2002, 39p.

A análise dos dados oriundos dos cursos de graduação da área da saúde revela o mesmo comportamento ocorrido, desde meados da década de 90, com expansão da educação superior como um todo. No entanto, essa expansão se deu sem um planejamento estratégico, que ancorasse as Políticas Públicas, e que considerasse as necessidades e as especificidades regionais de um país de dimensão continental como o Brasil.

Além disso, o sistema de educação superior passou a ter uma forte presença do setor privado. Nesse sentido, a política atual do Ministério da Educação trabalha no fortalecimento e expansão do segmento público, notadamente o federal. Esta diretriz aponta na direção de atingir a meta do Plano Nacional de Educação, que prevê para até 2011 a inserção de pelo menos 30% dos jovens de 18 a 24 anos no ensino superior, e que essa inserção se dê, prioritariamente, em instituições públicas, contrastando com o panorama atual em que aproximadamente 75% das matrículas estão inscritas em instituições privadas.

A expansão predominantemente privada não foi capaz de garantir o acesso, já que dados de 2004 apontam para o fato de que a taxa líquida de escolarização superior brasileira é de apenas cerca de 10%. Por outro lado, quase metade das vagas oferecidas pelo setor privado permanecem ociosas. Há dois outros aspectos a serem considerados: a demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, onde a relação candidato vaga é fortemente positiva, mesmo nos cursos em que, no setor privado, sobram vagas. O outro é a importância do PROUNI para democratização do acesso dos alunos de baixa renda em cursos competitivos, fato que comparado com as políticas de cotas nas instituições públicas, no longo prazo, certamente, mudará o perfil dos alunos e será socialmente mais justo. Outros estudos deverão acompanhar e interpretar essa nova realidade.

Por outro lado, é fundamental que o crescimento do sistema seja também adequado às demandas sociais e regulado por um processo de avaliação. O Exame Nacional de Cursos teve o mérito de criar no país a cultura da avaliação. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), instituído pela Lei n

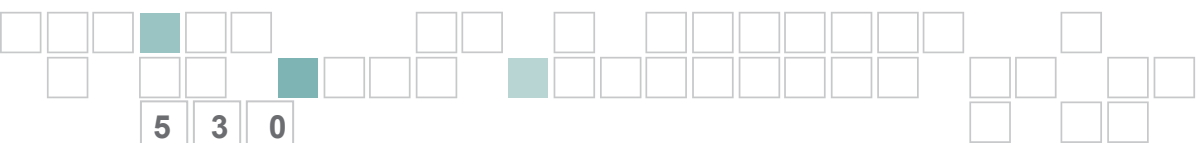


10.861 de 14 de abril de 2004, amplia conceitos, ao tratar a avaliação como um processo contínuo e de múltiplas dimensões, com ênfase na avaliação institucional, em substituição de indicadores isolados e de desempenho dos egressos. Outro conceito agregado pelo novo sistema é o da avaliação participativa, na qual, a partir da criação das Comissões Próprias de Avaliação (CPAs), nas Instituições de Educação Superior, se busca promover o auto-conhecimento e a apropriação do conjunto de dados e informações gerados pelos diferentes instrumentos utilizados pelo Ministério da Educação (Censo da Educação Superior, Cadastro de Docentes, Cadastro de Instituições e Cursos, ENADE e Propostas e Relatórios das CPAs). A avaliação passa a ser um instrumento indutor e regulador da melhoria da qualidade da educação, subsidiando as políticas públicas educacionais.

Dessa forma também se pode consolidar uma Política de Graduação, incorporando, de fato, os Projetos Pedagógicos como instrumentos balizadores para um efetivo fazer universitário, com uma prática pedagógica consistente e ação docente, discente e de gestores articuladas e voltadas para o desenvolvimento da área, de acordo com o Plano Nacional de Graduação (1999), do ForGRAD.

No que se refere à área da Saúde, a Reforma Sanitária induziu mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, em especial na gestão, no controle social, no modelo assistencial e na área de recursos humanos. A descentralização do Sistema possibilitou que estados e municípios atuassem de forma efetiva no enfrentamento dos problemas de saúde. A participação da sociedade se intensificou através dos Conselhos de Saúde e das Conferências, reafirmando o direito à saúde como exercício de cidadania.

Além disso, a priorização da atenção básica, com a implantação crescente do Programa de Saúde da Família, vem propiciando a reestruturação do modelo assistencial. Na área de Recursos Humanos, considerada estratégica para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com a preocupação com a formação inicial e continuada e com o desenvolvimento e valorização destes profissionais, se constitui num avanço fundamental para qualificar a



formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação dos profissionais de saúde na formulação e na implementação de estratégias desse nível de atenção.

A demanda por Recursos Humanos para a Saúde pode ser entendida em diferentes dimensões, desde seus aspectos quantitativos e qualitativos até na distribuição regional dos profissionais na busca da diminuição das desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde. Em termos quantitativos o aumento de egressos pode ser percebido nos quatorze cursos da área da saúde, do mesmo modo que a expansão do sistema assistencial se deu intensamente em todos os níveis de atenção.

Entretanto, é necessário diminuir os desequilíbrios regionais, tanto para incentivar a abertura de vagas, quanto para criar postos de trabalho, observando-se a capacidade instalada e desejada. A transição demográfica e epidemiológica vem alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicando a urgente articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde.

A aproximação entre serviços de saúde e instâncias formadoras de profissionais de nível superior, se dará pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, possibilitando mudanças na concepção e perfil dos profissionais, egressos das Instituições de Educação Superior, direcionados para a atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades. Também evidencia o princípio a ser seguido na formação articulada com o mundo do trabalho e com as diferentes práticas sociais que emergem em nosso contexto sociocultural.

Este é um estudo preliminar que busca estimular, na comunidade acadêmica e nos órgãos de gestão pública da saúde, o aprofundamento da reflexão e discussão sobre a formação dos profissionais da área da saúde. Mais do que isso, é expectativa que as instituições acadêmicas e os gestores de saúde se apropriem do conjunto de dados e informações ora apresentados, utilizando-os como instrumentos de planejamento e gestão e agregando-os a outras bases de dados regionais, nacionais e internacionais.

