

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde
Observatório dos Técnicos em Saúde

Projeto Trajetórias Educacional e Ocupacional dos Trabalhadores
Técnicos em Saúde no Brasil

Financiamento FAPERJ, processo E-26/110.043/2012-03-02
Edital 15/2011- Humanidades

Relatório Final

Rio de Janeiro, abril de 2014

Equipe¹

Alexandra Almeida – EPSJV/Fiocruz

Ana Margarida Campello – EPSJV/Fiocruz

Arlinda Barbosa Moreno - ENSP/Fiocruz

Filippina Chinelli - EPSJV/Fiocruz

Francisco Lobo Neto - EPSJV/Fiocruz

Luisa Sório Flor- ENSP/Fiocruz

Marcio Candeias Marques - EPSJV/Fiocruz

Monica Vieira – coordenadora- EPSJV/Fiocruz

Bolsistas

Clarissa Menezes – FIOTEC/Fiocruz - doutoranda Serviço Social/UERJ

Edgar Diniz Bittencourt - Discente do Programa de Estágio Curricular – graduando em informática - UNILASALLE

Rafael Massena - Pibic/Fiocruz/CNPq - graduando em Ciências Sociais/IFCS/UFRJ

Roberta Corôa - Pibic/Fiocruz/CNPq – graduanda em Ciências Sociais/IFCS/UFRJ e Mestranda associada –IFCS/UFRJ

Assistente de gestão

Sandra Martins -

Trabalho de Campo Regional

Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Acre, Bahia, Santa Catarina, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul)

¹ Esse projeto contou com a consultoria do Prof. Dr. Adalberto Cardoso do IESP/UERJ na utilização da base de dados Rais e Rais Migra do MTE.

Sumário

Apresentação.....	p. 05
Qualificação e trajetórias: aspectos teórico-metodológicos.....	p. 08
Formação técnica e trajetória educacional.....	p. 11
Inserção e trajetória ocupacional.....	p. 14
Algumas considerações.....	p. 16

Apêndices

A. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde	p. 19
B. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS	p. 45
C. Formação técnica em saúde e grandes regiões do Brasil, 1ª década do século XXI	p. 65
D. Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000	p.82
E. Os trabalhadores técnicos da saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais: a relação entre qualificação e inserção ocupacional	p.107
F. Trajetórias de vida, trajetórias ocupacionais/educacionais e qualificação	p.124
G. A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como identificador de grupos de ocupações técnicas em saúde	p.133
H. A RAIS e a RAIS Migra como fontes de dados para o estudo sobre grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil	p.139
I. Os trabalhadores da saúde sob o olhar da PNAD	p.158
J. Grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil e suas configurações ao longo dos anos 2000	p. 196

Anexos

A. Disciplina Atividade de pesquisa, 2013	p. 214
Questões Teórico-metodológicas na Pesquisa em Trabalho, Educação Qualificação Profissional dos Trabalhadores da Saúde	
B. Disciplina Atividade de pesquisa, 2014.	p. 218
Questões Teórico-metodológicas na Pesquisa em Trabalho, Educação	

Qualificação Profissional dos Trabalhadores da Saúde

C. Esboço do termo de referência de número temático da revista Trabalho, Educação e Saúde	p. 221
D. Programação da 1ª Oficina Expansão do trabalho de campo, maio de 2013	p. 224
E. Programação da 1ª Oficina Expansão do trabalho de campo, setembro de 2013	p. 227
F. Proposta de criação de grupo de pesquisa submetida ao CNPq	p. 230
G. Outras atividades relacionadas ao projeto	p. 238

Apresentação

O projeto de pesquisa de que trata o presente relatório teve por objetivo caracterizar as trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua formação técnica e a inserção no mercado de trabalho em saúde.

O trabalho aqui apresentado foi desenvolvido entre fevereiro de 2012 e janeiro de 2014, por professores-pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), com colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), ambas unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Ministério da Saúde¹.

Para efeitos da pesquisa foram considerados trabalhadores técnicos em saúde nas áreas de enfermagem, saúde bucal, vigilância em saúde, comunitários da saúde, exames laboratoriais e de imagem, ortopedia, terapias alternativas e óptica/optometria.

O estudo quantitativo utilizou bases de dados públicos que disponibilizam informações sobre formação profissional técnica e tecnológica (Censo Escolar e Censo da Educação Superior) e sobre mercado de trabalho (AMS, PNAD e RAIS). A análise considerou os postos de trabalho, os alunos matriculados, os trabalhadores em categorias classificadas como de nível médio, considerando a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Além disso, permitiu identificar as ocupações técnicas em saúde; extrair registros específicos sobre a formação e a ocupação; mapear as principais características da formação e da ocupação; identificar trajetórias ocupacionais.

Com o propósito de apreender as percepções, práticas e valores construídos pelos trabalhadores referidos aos seus percursos formativos e laborais, foram realizadas entrevistas aprofundadas orientadas por roteiro². A análise qualitativa centrou-se em quatro dos oito grupos de trabalhadores estudados que representam a maior parte dos denominados trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. Essa escolha também foi orientada pelo fato desses grupos estarem inseridos na atenção básica,

¹ Agradecemos especialmente à coordenação e equipe do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde pelo apoio ao desenvolvimento deste projeto e em particular à coordenação do Projeto Qualificação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil financiado pelo Ministério da Saúde no âmbito do plano de trabalho do Observatório dos Técnicos em Saúde.

² Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV número 0062.0.408.000-11 de 12 de abril de 2012.

prestada pelo sistema único de saúde, que representa na década estudada o nível de atenção priorizado pelo Estado brasileiro para reorientação do modelo assistencial.

Nesse sentido, foram entrevistados trabalhadores da enfermagem, agentes comunitários de saúde, saúde bucal e vigilância em saúde em alguns municípios do Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Salvador e Blumenau, perfazendo um total de 94 entrevistados distribuídos de forma equitativa entre os quatro grupos ocupacionais considerados. As entrevistas tiveram duração média de cerca de 1 hora de gravação encontrando-se parcialmente transcritas. O conteúdo desse relatório, portanto, não contempla as informações obtidas em sua totalidade. Como o projeto foi contemplado por edital interno à Fiocruz as transcrições serão finalizadas, dando-se prosseguimento à análise das entrevistas, devendo servir de base aos artigos propostos no número temático da revista Trabalho, Educação e Saúde, previsto para 2015.

Na análise até o momento empreendida buscou-se identificar a especificidade dos percursos formativos e ocupacionais desses diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde; analisar a relação entre formação técnica em saúde e trajetórias educacional e ocupacional; compreender como percebem a relação entre sua formação e inserção profissional e a construção das suas trajetórias. Procurou-se caracterizar a escolaridade e o contexto socioeconômico, compreender o papel da família e da rede pessoal na formação e inserção profissional, retratar os itinerários de formação e o percurso ocupacional dos trabalhadores, identificar as atividades desenvolvidas ao longo das trajetórias ocupacionais, motivação para inserção e permanência na área da saúde, expectativas profissionais.

O presente relatório está organizado a partir dos eixos abaixo relacionados que sintetizam os trabalhos sistematizados ao longo do período da pesquisa, anexados na forma de apêndices.

- Qualificação e trajetórias: aspectos teórico-metodológicos;
- Formação técnica e trajetória educacional;
- Inserção e trajetória ocupacional.

Qualificação e trajetórias: aspectos teórico-metodológicos

A construção de um objeto de pesquisa e a definição de como investigar remetem às opções teórico-epistemológicas e ético-políticas dos pesquisadores, ao conhecimento anterior sobre o tema e à historicidade dos fenômenos sociais estudados. Nesse sentido, a investigação de que trata este relatório toma como eixo estruturador a relação entre o processo de qualificação e as trajetórias educacionais e ocupacionais, tendo como pano de fundo as transformações contemporâneas no trabalho e na cultura do trabalho. Isso significa admitir que o significado desses processos, como diz Tartuce (2007, p. 129)³ “varia não apenas entre contextos sociais, mas também entre grupos de um mesmo contexto social”.

Ambos os processos são considerados nesta pesquisa como construções históricas e sociais. Assim, a análise relaciona dialeticamente a dimensão biográfica e a dimensão estrutural referida às transformações na organização do trabalho, à formação profissional, às políticas de emprego, à organização e à regulação das relações de trabalho.

Conforme Castro (1993)⁴, a qualificação remete à existência de regras coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas que não decorrem apenas da natureza da ocupação desempenhada. Essa concepção acolhe visões diferenciadas no que se refere à possibilidade de relação entre a habilitação técnica do trabalhador e a sua condição de qualificado. A compreensão do processo de qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde deve ser buscada na trama das relações políticas e técnicas presentes na dinâmica social do Brasil contemporâneo, na qual se encontram refletidas as experiências que os trabalhadores trazem e com as quais barganham sua inserção nos sistemas de classificação que organizam as relações no campo profissional (Castro, 1993).

É desta tensão que resultam as disposições esperadas dos trabalhadores ao se apresentarem no mercado para engajar-se no processo produtivo que, em sua morfologia contemporânea, requer cada vez mais do trabalhador a

³ TARTUCE, G. L. B. P. *Tensões e intenções na transição escola-trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo*, 2007. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.

⁴ CASTRO, N. de A. Qualificação, qualidade e classificações. *Educação e Sociedade*, ano XIV, ago. 1993.

responsabilidade de reunir e atualizar, durante toda a sua vida produtiva, capacidades e disposições que o qualifiquem como “empregável”, nos novos termos das contingências da demanda do capital por trabalho. Dessa forma, a qualificação pode ser compreendida como arena política na qual se disputam credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações sociais vigentes no mundo do trabalho. A dinâmica da qualificação representa uma mediação para a compreensão das relações sociais e técnicas capazes de explicar as circunstâncias pelas quais um grupo profissional alcança reconhecimento social (Machado, 1996)⁵.

Dada à complexidade contemporânea das experiências de trabalho e da qualificação profissional, autores como Castro, Cardoso e Caruso (1997, p.11), enfatizam uma perspectiva analítico-metodológica baseada na análise das trajetórias ocupacionais, o que permite ir além das medidas sociológicas clássicas que tratam as chances de obtenção de emprego a partir do perfil da força de trabalho como idade, sexo, escolaridade, etc. Propõem a utilização de bases de dados quantitativos como a Rais Migra, centrada na reconstituição das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores ao longo de um determinado espaço de tempo, como forma de entender suas possibilidades de reinserção profissional.

Cabe ressaltar que considerar a relevância analítica das trajetórias ocupacionais, não significa, como apontam Castro et al. (1997, p. 13)⁶, assumir um “individualismo ingênuo” que considera as chances dos trabalhadores no mercado de trabalho como resultantes apenas de seus esforços individuais de acumular capital profissional capaz de qualificá-lo para negociar no mercado de trabalho, as condições de sua inserção. Do mesmo modo, não se considera o mercado “como regido por princípios de transparência das informações, universalismo no recrutamento e pelo culto ao voluntarismo de tipo individual, numa sorte de individualismo meritocrático”.

⁵ MACHADO, L. Qualificação do Trabalho e Relações Sociais. In: *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte, MCM, 1996.

⁶ CASTRO, N. CARDOSO, A. M. e CARUSO, L. A. Trajetórias ocupacionais, desemprego e empregabilidade: há algo de novo na agenda dos estudos sociais do trabalho no Brasil? *Contemporaneidade e Educação no. 1*, Rio de Janeiro, 1997.

Apêndices

- A. O Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde
- B. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS
- E. Os trabalhadores técnicos em saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais: a relação entre qualificação e inserção ocupacional
- F. Trajetórias de vida, trajetórias ocupacionais/educacionais e qualificação

Formação técnica e trajetória educacional

A ampliação do acesso ao ensino médio, ao ensino técnico e ao ensino superior, no Brasil, notadamente a partir dos anos 1990, as transformações econômicas da sociedade brasileira e do mercado de trabalho, o aumento crescente do desemprego entre os jovens, as políticas educacionais e o apelo social que relacionam escolarização, profissionalização e empregabilidade estão entre os fenômenos associados à mobilização de estudantes/trabalhadores para ampliação de sua escolaridade.

A identificação e a análise da formação técnica e da trajetória educacional dos trabalhadores técnicos em saúde permitem tanto apreender como se articulam suas diferentes formas de participação no mercado de trabalho, quanto detectar a influência de seus percursos de formação/qualificação e suas experiências de vida na inserção/ desligamento/reinserção/ permanência no mercado de trabalho.

Nesta pesquisa pretendeu-se evidenciar a diversidade de situações recobertas pela condição de estudante/trabalhador técnico em saúde e o lugar variável que ocupa o estudo em suas vidas. Nesse sentido, entendeu-se ser fundamental analisar as condições de acesso, a escolha pelo curso e as estratégias adotadas pelo estudante para iniciar sua profissionalização pela formação técnica em saúde.

É relevante também ressaltar a controvérsia que envolve a educação profissional de nível técnico que, por um lado, é apresentada como uma alternativa eficiente e necessária de qualificação que contribui para reduzir o desemprego entre os jovens e, por outro lado, é acusada de aprisionar os jovens oriundos das classes sociais menos favorecidas em ocupações que dificultam o acesso futuro a níveis educacionais mais elevados.

Esta pesquisa teve como foco a primeira década dos anos 2000 e analisou a evolução da formação técnica de nível médio em saúde, desenvolvida pelas diferentes instâncias do sistema educacional. Para caracterização dessa oferta foram utilizados os dados fornecidos pelo MEC/INEP a partir da tabulação dos Censos da Educação Básica, que incluem a educação profissional de nível técnico.

Os dados da área da saúde, sempre que possível, foram situados no contexto mais geral da evolução da educação profissional de nível técnico no Brasil. Ao

caracterizar e ressaltar as especificidades da área da saúde, buscaram-se elementos de análise de suas particularidades no contexto mais amplo das políticas educacionais e das mudanças do papel do Estado no que diz respeito às políticas sociais.

Entre as várias questões levantadas, evidenciam-se a predominância do setor privado na formação técnica em saúde; as mudanças na concentração regional, com a diminuição da participação da região sudeste no total de alunos matriculados; a ampliação do leque de cursos oferecidos com a diminuição da participação relativa da formação técnica em enfermagem no seu total.

O deslocamento para a direita dos gráficos de idade indicou uma procura cada vez mais tardia, sobretudo a partir dos 20 anos, dos alunos pelos cursos técnicos em saúde. Essa mudança no perfil etário sugere um retorno à escola de trabalhadores em busca de uma formação técnica que poderia facilitar-lhes o acesso a postos de trabalho mais qualificados e melhor remunerados. O que indica, possivelmente, a existência de um “padrão invertido de transição”, ou seja, do trabalho para a escola e não da escola para o trabalho, conforme mencionado por Comin e Barbosa (2011)⁷ com relação ao ensino superior. Nesse sentido, a inserção profissional já alcançada por esses indivíduos explicaria a sua volta a escola, na perspectiva de se manter e progredir no mercado de trabalho.

A análise das entrevistas realizadas mostrou a presença de ambos os padrões, tanto aqueles que “estudam para trabalhar”, quanto aqueles que “trabalham para estudar”, muitas vezes estudando e trabalhando a um só tempo. Por outro lado, as mesmas entrevistas mostram uma trajetória prevalentemente errática de escolarização, sendo que não são raros os casos em que 20 ou 30 anos separam o momento de parada e retorno aos estudos interrompidos. O grupo, no entanto, não é homogêneo, na medida em que entre os entrevistados também há aqueles que revelam uma trajetória escolar linear.

A análise das entrevistas revela também uma mobilidade educacional entre gerações: seus pais, geralmente, são apresentados com escolaridade nula (ou seja, analfabetos) ou precária (1º segmento do ensino fundamental), o que

⁷ COMIN, A. e BARBOSA, R.J. Trabalhar para estudar: sobre a pertinência da noção de transição escola-trabalho no Brasil. *Novos Estudos Cebrap*, no.91, p. 75-95, 2011.

provavelmente ajuda a explicar a trajetória errática desses entrevistados. Além disso, muitos também ressaltam o quanto foram incentivados para “via escola” melhorarem de vida e ascenderem a níveis educacionais mais elevados como “garantia” para o acesso a empregos melhor qualificados. Nesse sentido, a formação técnica na área da saúde é também valorizada como uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho.

Apêndices

C. Formação técnica em saúde e grandes regiões no Brasil, 1ª década do século XXI

D. Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000

Inserção e trajetória ocupacional

Neste eixo pretendeu-se mostrar, em termos qualitativos e quantitativos, a inserção dos grupos de trabalhadores selecionados no mercado de trabalho em saúde. Para tanto foram exploradas bases de dados que possibilitaram caracterizar esses grupos auxiliando, inclusive, a definição daqueles que deveriam ser priorizados no trabalho de campo.

A Classificação Brasileira de Ocupações 2002 foi utilizada tendo em vista identificar os códigos a serem tomados como base para a definição de Grupos de Ocupações Técnicas em Saúde. Esses códigos foram compilados em cada uma das bases de dados secundárias utilizadas (Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e RAIS Migra; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Censo Escolar).

Os resultados encontrados tanto a partir da RAIS quanto da PNAD apontam um crescimento substancial da massa de trabalhadores, desconcentração regional, constância quanto à participação nos setores público e privado ao longo dos anos, participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho em saúde, envelhecimento da grande maioria dos trabalhadores ativos, aumento do nível de escolaridade e de renda.

A análise das entrevistas realizadas permitiu confirmar que o nexos entre trabalho e qualificação deve ser buscado na trama das relações técnicas, políticas e sociais presentes no processo de trabalho, nas dinâmicas da formação/qualificação profissional e do mercado de trabalho. A expressão dessas relações foi constatada nos depoimentos dos trabalhadores sobre o ingresso e permanência ou não na ocupação exigindo articular a dimensão subjetiva às questões estruturais que compõem a realidade social estudada.

Além desses aspectos é necessário destacar que ao longo do trabalho de campo a questão das motivações iniciais e das aspirações, expectativas e ideias de futuro profissional também se mostraram centrais na compreensão das trajetórias. Assim, a análise das relações entre esses diferentes aspectos foi necessária de modo a possibilitar a construção de um quadro que caracterize as trajetórias profissionais dos grupos de trabalhadores técnicos em saúde selecionados.

Confirmou-se, ainda, o que a literatura pertinente já apontava para o mundo do trabalho contemporâneo em geral, ou seja, que a dinâmica da construção das trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde é, no Brasil contemporâneo, cada vez menos linear e marcada por períodos de retorno à escola e/ou instâncias de qualificação profissional da força de trabalho.

A exploração das bases permitiu identificar a expansão das ocupações de nível técnico em saúde desde a década de 1980 e afirmar que na década estudada, a despeito das oscilações da economia brasileira, os postos de trabalho em saúde mantiveram esse movimento de expansão que consolidou um sistema de saúde dualizado, com uma ligeira superioridade numérica do setor público. As entrevistas, no entanto, indicam que essa expansão é acompanhada, tanto no âmbito do trabalho no setor público quanto no privado, pela deterioração das condições de trabalho, intensificação das jornadas e pela diminuição da proteção jurídica do trabalho.

Apêndices

D. Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000

E. Os Trabalhadores Técnicos de Saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais: a relação entre qualificação e inserção ocupacional

F. Trajetórias de vida, trajetórias ocupacionais/educacionais e qualificação

G. A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – como identificador de grupos de ocupações técnicas em saúde

H. A RAIS e a RAIS Migra como fontes de dados para estudo sobre os grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil

I. Os Trabalhadores da saúde sob o olhar da PNAD

J. Grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil e suas configurações ao longo dos anos 2000

Algumas considerações

Entende-se que a atividade de pesquisa propiciada pelo Edital Humanidades Faperj 2011, além de contribuir para a ampliação e o fortalecimento da pesquisa na EPSJV, possibilitou que o Observatório dos Técnicos em Saúde intensificasse laços de cooperação técnica com algumas das escolas que compõem a RET-SUS (Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde) e aprofundasse sua participação na Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde.

No que se refere aos objetivos, foi possível constatar que a análise das trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde revelou-se um rico objeto de estudo possibilitando apreender as diferentes formas de participação desses trabalhadores no mercado de trabalho, detectar a influência de seus percursos de formação/qualificação nas suas experiências de inserção nos grupos ocupacionais estudados assim como nas suas experiências de desligamento, reinserção e permanência no mercado de trabalho.

Além dos resultados sistematizados nos apêndices, cabe ressaltar que nesses dois anos de trabalho, os pesquisadores ampliaram sua participação técnico-científica em eventos nacionais e internacionais e em redes de estudiosos que atuam no campo do trabalho e educação como o GT Trabalho e Educação da ABRASCO. Realizaram também oficinas de trabalho; participaram em congressos, da coordenação de mesas em seminários, da organização de coletânea, da produção de artigos; etc. Destaca-se também que o estudo serviu como aglutinador de interesses antes dispersos, possibilitando a aproximação ao tema de alunos de pós-graduação da EPSJV e de outras instituições; orientação de alunos de iniciação científica; participação de estagiários; criação de nova disciplina na pós-graduação; criação de Grupo de pesquisa CNPq “Trabalho e Educação Profissional em Saúde”, em fase de aprovação no âmbito da FIOCRUZ; elaboração de termo de referência de número suplementar da Revista Trabalho, Educação e Saúde da EPSJV-FIOCRUZ previsto para o próximo ano. O estudo também foi aprovado em edital da FIOCRUZ-CNPq de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde e motivou a submissão de proposta de pós-doutorado ao edital da Capes em fase de avaliação, mas já com aceite da Universidade de Marselha- França.

Consultar a respeito os anexos deste relatório.

Apêndices

Apêndice A

O Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde

Publicado como capítulo de Coletânea.

Chinelli, Filippina; Vieira, Monica; Deluiz, Neise. **O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde.** In Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs.). *Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp. 23-48, ISBN: 978-85-98768-70-0.

O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde

O paradigma neoclássico de abordagem das coisas no mundo ganhou vigência teórica e prática no continente com uma força, intensidade e extensão jamais antecipáveis há dez ou quinze anos, e o sucesso momentâneo dos hoje naufragos planos de estabilização baseados no mercado levou à lona, ou mesmo converteu, analistas insuspeitos em vários de nossos países. Noções como equilíbrio espontâneo, geração espontânea de coordenação no mercado, eficiência, eficácia, indivíduo e mercado encadearam-se logicamente para constituir aquele paradigma em filtro necessário (porque associado, argumenta-se, à natureza das coisas) através do qual se enxerga o mundo. Fizeram-no em substituição, ponto por ponto, a idéias como normas sociais, solidariedade, distribuição, justiça, classes sociais e sociedade. Economia em lugar de sociologia. (Cardoso, 2000, p. 45)

Retoma-se, nas páginas que se seguem, em uma perspectiva crítica⁸ da construção histórica e contraditória das relações sociais, o debate sobre a formação da força de trabalho. A ênfase recai sobre o conceito de qualificação que estrutura em termos teóricos e metodológicos a pesquisa sobre a formação dos trabalhadores técnicos da saúde tema dos demais textos que compõem a presente publicação. Com isso, assume-se que a qualificação para o trabalho é historicamente construída “seja do ponto de vista da realidade empírica de uma dada sociedade, seja do ponto de vista da própria teoria, que, claro, vincula-se aos processos sociais e políticos desta mesma sociedade” (Tartuce, 2007, p. 41).

Tributário do taylorismo/fordismo em seus sentidos de paradigma de organização da produção e modo de regulação social, o conceito de qualificação é objeto de reflexão e debate sistemáticos na sociologia do trabalho desde o pós-guerra, conforme exemplificam os trabalhos pioneiros de Georges Friedman e Pierre Naville.⁹ No Brasil, a partir dos anos 70, foi também a sociologia do trabalho a área que primeiro se debruçou sobre o tema, ficando a discussão praticamente restrita ao ambiente acadêmico de influência europeia. À época produziram-se, sobretudo, análises que compartilhavam com os sociólogos franceses as críticas à tese bravermaniana de que as mudanças introduzidas na divisão técnica do trabalho pelo desenvolvimento tecnológico provocariam a progressiva desqualificação da força de trabalho (Tartuce, 2002, p. 20).

⁸ Entende-se por esta perspectiva a construção histórica e contraditória das relações sociais ou, como quer Markert (2002: 191), “baseada na análise das dimensões integrais (...) de um conceito dialético da formação do homem”.

⁹ Para a análise da obra desses autores considerados fundadores da teoria da qualificação do trabalho, ver Tartuce (2002, 2007).

Se naquele momento o debate brasileiro sobre o tema da qualificação tinha pouca referência na realidade do país, na década seguinte ganha mais concretude e, assim, maior destaque na agenda de pesquisas, embora sem adquirir a centralidade de que desfrutava na Europa. Na década de 1990 o tema foi também incorporado à agenda do campo educacional, provocando uma aproximação entre sociólogos e educadores, o que acrescentou ao debate novas questões como, por exemplo, o tipo de formação necessária ao novo trabalhador, se polivalente ou politécnica.¹⁰

Essa ênfase se verifica mais ou menos ao mesmo tempo que tem início no país a difusão de novas noções e conceitos com os quais se procura explicar os efeitos, sobre o trabalho e os trabalhadores, da crise do emprego, dos programas de ajuste estrutural impostos pelas agências financeiras internacionais, da reconfiguração do Estado, da reestruturação das indústrias e dos serviços, do crescimento do setor terciário, do incremento da terceirização, da desregulamentação do mercado de trabalho, enfim, do declínio do “regime salarial” (Castel, 1998) que, em nosso país, não é demasiado lembrar, nunca chegou a se generalizar como nos principais países da Europa ocidental.

Passam, então, a ser utilizados pela literatura pertinente conceitos relacionados à reorganização da produção e à formação para o trabalho, como competências, empregabilidade, empreendedorismo, especialização flexível etc., que contribuíram para disseminar “a ideia de que a reintegração de atividades e o emprego de uma mão de obra mais qualificada eram necessários ao desenvolvimento de um trabalho mais rico e variado” (Shiroma e Campos, 1997, p. 13).

Esse argumento foi e é geralmente utilizado para sustentar o imperativo de o país elevar suas taxas de produtividade para competir de maneira adequada no

¹⁰ A formação polivalente é requisito do novo paradigma da acumulação flexível e visa formar um trabalhador apto a ocupar diferentes postos de trabalho dentro de uma família ocupacional. Segundo Alves (2011), a polivalência corresponderia à desespecialização do trabalho que produziria trabalhadores multitarefas, necessários à elevação maior possível da produtividade do trabalho. O trabalho desses ‘pluri-especialistas’ resultaria “tão vazio, e tão reduzido à pura duração, como o trabalho fragmentado” (Alves, 2007, p. 165), o que contribuiria para a captura da subjetividade do trabalhador. Ao contrário, originada na perspectiva marxista de formação humana, a politécnica enquanto “estrito vínculo ontológico-histórico próprio da relação entre trabalho e educação”, significa “especialização como domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas utilizadas na produção moderna”, permitindo ao trabalhador realizar-se em sua essência humana (Saviani, 2007, p. 160).

mercado mundializado. Ele se baseia na suposição de que o desenvolvimento das forças produtivas alteraria a relação capital-trabalho, democratizando as relações de poder no interior das unidades produtivas e exigiria novas qualificações profissionais capazes de fazer emergir um novo tipo de sujeito individual e coletivo, cuja principal característica seria o espírito empreendedor.

Ou seja, a nova base técnica e as novas formas de gestão demandariam não apenas um trabalhador no sentido tradicional do termo, mas um ativo ‘colaborador’ que compartilharia espontaneamente dos objetivos da empresa, aliando para tanto níveis elevados qualificação técnica – saber-fazer – a atributos de caráter subjetivo – saber-ser. Para tornar-se compatível, a pedagogia deve orientar-se para o ‘aprender a aprender’, sustentada pelo o que vem sendo denominado na literatura pertinente de ‘modelo de competência’, que será tratado mais adiante.

Hoje o debate sobre a qualificação da força de trabalho perpassa diferentes áreas do conhecimento, além da sociologia e da educação, o que vem permitindo a sua renovação em termos teóricos e metodológicos. Com isso, “noções homogeneizadoras e tradicionais de qualificação foram sofrendo críticas e sendo repensadas” (Shiroma e Campos, 1997, p. 6). Do mesmo modo, a convergência disciplinar, a multiplicação dos estudos qualitativos e quantitativos realizados em diferentes setores da economia do país, diversificados em termos geográficos e incorporando a dimensão histórica, vêm contribuindo de forma decisiva para demonstrar que o chamado novo paradigma tecnoeconômico, fundado na convergência entre a informática e as telecomunicações, não atingiu a economia brasileira de maneira uniforme, persistindo diferentes formas de organização da produção, de relações de trabalho e, portanto, de formação dos trabalhadores. Vale acrescentar ainda que esse esforço vem permitindo diferenciar os conceitos de qualificação e competência, que costumavam ser empregados como equivalentes, e reconhecer que o caráter polissêmico de ambos constitui um campo de debate, no qual não há como fugir de uma tomada de posição tanto cognitiva quanto ético-política:

Tais expressões, largamente utilizadas em outros momentos históricos, oriundas de visões teóricas com matrizes epistemológicas diversas aparecem, por vezes, como sendo unívocas politicamente neutras e consensuais. Daí a nossa preocupação em abordá-las a partir de uma perspectiva histórico-crítica, o que não constitui um mero exercício intelectual como poderiam interpretar alguns, mas uma tentativa de

demarcar as diferenças existentes nas diversas abordagens seja no âmbito teórico ou político, pois, no nosso entender, tais conceitos expressam sentidos e intenções diferentes. Numa linguagem política significa dizer (...) que os diferentes sentidos (mesmo comportando reatualizações e ressignificações) 'expressam e respondem a um conjunto de interesses, desejos e aspirações' diferenciados dentro da sociedade e que as diversas formas de apropriação remetem a projetos e estratégias políticas que estariam sendo adotadas pelos diferentes sujeitos/protagonistas sociais. Há, portanto, uma disputa histórica também no campo da fixação de sentidos que nos remete à necessidade de compreendê-los, para que possamos visualizar limites, possibilidades, demarcar diferenças e peculiaridades entre diferentes projetos sociais e de educação disputados pelas diversas forças sociais. (Manfredi, 1999, p. 3)

1. Das Qualificações às Competências para a Empregabilidade

Os conceitos de qualificação e competência em conexão com a noção de empregabilidade vêm sendo abordados, nos últimos anos, no quadro das interpretações político-econômicas sobre as relações entre o novo paradigma produtivo, as relações de trabalho e a formação para o trabalho. O foco tem sido a crise do emprego, isto é, a drástica redução das oportunidades de acesso das populações mais pobres ao mercado de trabalho. Se há no debate dessas questões, por um lado, convergência em torno da disponibilidade quantitativa e qualitativa de postos de trabalho e da necessidade de capacitar os trabalhadores para ocupá-los, o que configura um problema da agenda pública, de outro, não existe consenso no que se refere ao sentido e aos conteúdos da formação para o trabalho, nem sobre a melhor organização institucional (regulação) do mercado. Muito ao contrário, trata-se de um campo atravessado por inúmeros debates entrecruzados que expressam tanto as especificidades das diferentes economias nacionais quanto as perspectivas e os interesses dos grandes atores sociais. A seguir, tentar-se-á mapear o debate levado a efeito no campo educacional e suas interfaces com a sociologia do trabalho.

Os comentários apresentados a seguir partem do pressuposto de que 'o mercado', a configuração do emprego e a capacitação dos trabalhadores não podem ser considerados como dados *a priori* com uma lógica independente das relações sociais presentes em um dado momento histórico. Nesse sentido, considera-se que as competências e a empregabilidade estão sempre referidas à presença, aquisição ou mobilização de um conjunto objetivamente identificável de atributos da força de trabalho. Entretanto, são ao mesmo tempo inseparáveis das

políticas econômicas e dos respectivos processos subjacentes, pois são acionadas ao debate sobre as formas individualizadas de superar o desemprego, e é nesse contexto que adquirem relevância simbólica e política.

Talvez a mais recorrente explicação para a crise de emprego que o país atravessa e que, à diferença do padrão de acumulação fordista, também atinge de forma dramática os segmentos mais qualificados da força de trabalho, via de regra pertencentes aos setores médios da sociedade brasileira, seja aquela que relaciona modernização produtiva e necessidade de maior qualificação da força de trabalho. De fato, esta é a versão mais veiculada pela mídia, sendo hegemônica não só no meio empresarial, como também nas esferas de governo encarregadas de formular as políticas educacionais, tanto as de caráter mais geral, bem como aquelas mais especificamente dirigidas ao ensino profissionalizante. Em síntese, o *déficit* educacional da população brasileira impediria o enfrentamento adequado do impacto das mudanças tecnológicas no mercado de trabalho, uma vez que a tecnologia, mais ou menos ao mesmo tempo e na mesma proporção, elimina postos de trabalho, mas cria outros nos setores mais dinâmicos da economia (Camargo, 1996; Valle e Wachendorfer, 1996). Retoma-se, portanto, a teoria do capital humano, com base na crença de que a chamada 'nova economia' seria capaz de criar postos de trabalho mais sofisticados, para os quais seriam requeridos profissionais melhor qualificados e conscientes de que novas necessidades de formação os acompanharão por toda a vida produtiva.

Não são poucos os autores para os quais o discurso e as propostas empresariais, bem como as políticas educacionais desde a última década, expressam essa retomada que agora se dá em um contexto de redefinição das relações de trabalho, do papel do sistema educacional e da valorização exacerbada das necessidades e vontades individuais (Chinelli, 2008). De modo geral, eles destacam que tais propostas e as políticas a elas relacionadas se orientam por uma perspectiva ideológica baseada na autoconstrução de um tipo de trabalhador considerado adequado às novas formas de organização da produção na chamada sociedade do conhecimento, na qual o emprego assalariado cederia cada vez mais espaço a formas de inserção não assalariadas no mercado de trabalho, aí incluído o autoemprego.

Essa perspectiva assenta-se no valor econômico do conhecimento e enfatiza a educação continuada com o duplo sentido de constante qualificação e requalificação formais, mas também em referência a tudo aquilo que é adquirido informalmente pelos indivíduos (a escola deixa de ser o principal agente educacional). Ou seja, ganha quem lograr acumular mais capital intelectual, no sentido que lhes dão Bourdieu e Passeron (1975), no decurso de suas vidas.

Com isto, estariam postos os requisitos considerados necessários para criar as condições para a ascensão social individual e para o desenvolvimento do país, ao mesmo tempo que restam às categorias sociais subalternas – quando restam – postos de trabalho mal remunerados, de baixa ou nenhuma qualificação. Está, portanto, recolocado no centro do debate público, tanto nos países centrais quanto nos periféricos, o papel econômico (e ético) da educação contemporânea, segundo duas versões que se articulam em benefício das empresas e – supostamente – dos trabalhadores. Conforme a primeira versão, a melhor capacitação dos trabalhadores se constituiria em fator de aumento da produtividade, possibilitando maiores ganhos para as empresas e supostamente também para os trabalhadores. Na segunda, são destacadas

as estratégias individuais com relação a meios e fins. Cada trabalhador aplicaria um cálculo custo-benefício no que diz respeito à constituição do seu ‘capital pessoal’, avaliando se o investimento e o esforço empregados na formação seriam compensados em termos de melhor remuneração pelo mercado no futuro. (Cattani, 2002)

No Brasil, esse enquadramento ganhou espaço com a abertura da economia e a reconfiguração do Estado em moldes gerenciais, marcando, sobretudo, os últimos governos, que atribuíram a essa teoria o “mérito de suprir lacunas do paradigma neoclássico, incapaz de apresentar argumentos econômicos para explicar as razões das desigualdades de renda individuais” (Lemos, 2003, p. 33). As razões da desigualdade deveriam ser, portanto, procuradas nos indivíduos que não teriam sido capazes de adquirir as competências necessárias à disputa adequada em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

Em contrapartida, não são poucos os autores que apresentam pontos de vista críticos a essa teoria. No Brasil, Frigotto (1984, 2001), por exemplo, ressalta que

seus pressupostos se baseiam em uma percepção de que as condições do mercado são insuperáveis. Por isso mesmo, aponta para seu caráter ideológico e para o fato de não ter sido capaz de produzir os efeitos econômicos pretendidos, uma vez que não considera os aspectos estruturais que condicionam os diferentes momentos do desenvolvimento das economias capitalistas, bem como os seus limites. Destaca ainda o caráter instrumental e alienante das ações de educação e formação profissional orientadas para os interesses das diferentes frações do capital a fim de produzir ‘colaboradores’ passivos e cidadãos alienados (Frigotto, 2001). Portanto, para o autor, a preocupação ‘social’ da nova teoria do capital humano, expressa comumente no discurso empresarial, é frágil, uma vez que os parâmetros de investimentos que a justificam perderam tal caráter: trata-se agora de promover as condições de empregabilidade, colocadas em termos individuais, objetivando a competição no mercado de trabalho que oferece oportunidades cada vez mais rarefeitas tanto em termos da quantidade quanto da qualidade do emprego. Isto significa que o ‘verniz humanista’ que reveste a atual ênfase economicista sobre a qual está assentado o discurso do empresariado brasileiro, na realidade, explicita “preocupações marcantes com a iniciativa, a autonomia e a participação dos trabalhadores, desde que devidamente controladas e reguladas” (Souza, Santana e Deluiz, 1999, p. 65).¹¹

É nesse contexto que se dá o deslocamento da noção de qualificação para a de competência, em correspondência à passagem do padrão taylorista-fordista para a organização flexível do trabalho. O termo ‘competência’ é usado para indicar as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e pelas maiores exigências de qualidade dos produtos e serviços que, portanto, demandam novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores, nem sempre diretamente relacionados ao conhecimento profissional (isto é, à ‘qualificação’), mas associados à subjetividade e às formas através das quais ela se expressa no espaço do trabalho.

¹¹ Conforme Rodrigues (1998, p. 43), a noção de empregabilidade embasaria representações e práticas através das quais governo e empresários tentam dar respostas para problemas “multideterminados”: “o processo de destruição de empregos (principalmente no ramo industrial) e a rápida transformação, às vezes radical, dos perfis qualificacionais, convertendo trabalhadores qualificados em desempregados permanentes pelo desaparecimento de seu ofício”, devido às “novas tecnologias e novos métodos de gestão da força de trabalho – que compõem o padrão de acumulação flexível”.

Ao mesmo tempo em que o conceito de competência se difunde, torna-se objeto de críticas que pouco a pouco se articulam em torno de um núcleo de discussão sobre as vantagens e desvantagens de se abandonar o de qualificação, substituindo-o pelo de competência, segundo Hirata, (1997, p. 30) “ainda em constituição, mas com um passivo: o de ter tido sua origem no mundo da empresa”. Este último enfatiza “mais a pessoa mais do que (...) o posto de trabalho e possibilita associar as qualidades requeridas do indivíduo e as formas de cooperação intersubjetivas características dos novos modelos produtivos”.

Contudo, esta qualidade é também seu risco, argumenta a autora, pois pode “remeter, sem mediações, a um sujeito e a uma subjetividade”, ao passo que “qualificação é um conceito multidimensional e pode remeter à qualificação do emprego, do posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho etc.” (Hirata, 1997, p. 30-31).

Ramos (2001, p. 21)¹² sublinha que o deslocamento conceitual da noção de qualificação, entendida como relação social, para o de competências, se constitui em um movimento que simultaneamente reafirma e nega a primeira em favor da segunda. Os novos processos de produção demandam, conforme a autora, não só conhecimentos de caráter técnico, mas sobretudo o acionamento das características subjetivas dos trabalhadores, privilegiando “a dimensão experimental da qualificação, que faria apelo à subjetividade do trabalhador”, antes pouco considerada nas análises dos processos de trabalho. A noção de competência “expressaria coerentemente esta dimensão, pois seu significado psicológico chamaria atenção para as capacidades cognitivas e socioafetivas também mobilizadas pelos trabalhadores na realização de suas atividades profissionais (Ramos, 2001, p. 21).¹³

Contudo, não haveria, segundo Machado (1996, p. 21), propriamente uma novidade na ênfase atribuída à subjetividade na relação dos trabalhadores com seu trabalho, mas no fato de que no modelo das competências

haveria um arrefecimento da própria noção de qualificação apoiada na correspondência entre saber, responsabilidade, carreira e salário, em

¹² Trata-se talvez da mais extensa reflexão crítica sobre o conceito de competência e suas consequências sobre as políticas educacionais da última década, produzida no Brasil.

¹³ Ver a respeito Ciavatta (1998); Souza, Santana e Deluiz (1999); Deluiz (1996), entre outros.

favor de outros valores qualitativos como colaboração, engajamento e mobilidade, fortemente apelativos da estrutura subjetiva do ser-do-trabalho.

Nessa perspectiva, a noção de competência adere à de empregabilidade, conformando uma “uma lógica orientada para a busca do imediato e a valorização da obtenção do sucesso individual” (Machado, 1998: 18). A competição interpessoal levaria à ascensão social, neutralizando “os efeitos perversos da divisão social” e, ao mesmo tempo, dificultando “a possibilidade de apreensão da totalidade concreta pelos sujeitos submetidos a este processo” (Machado, 1998, p. 21). “Em última instância”, conclui a autora,

o capital almeja é se ver independente da habilidade do trabalhador, torná-la imprecisa e sob controle crescente. Trata-se de substituí-lo por recursos cada vez mais sutis e refinados de divisão do trabalho e de maquinário que deem conta de incorporar experiências humanas passadas, o trabalho morto, o trabalho materializado na tecnologia. (Machado, 1998, p. 25)

Hirata (1997, p. 32) também associa para efeitos analíticos as noções de competência e empregabilidade devido, ao menos, a duas razões de ordem teórica. A primeira delas seria o fato de ambas terem em comum o uso patronal, embora tenham percorrido caminho inverso. Enquanto a noção de competência foi usada de início no âmbito das áreas de recursos humanos das empresas para referir atributos de caráter individual, a de empregabilidade foi empregada primeiramente em estudos econômicos e históricos com respeito à construção da definição institucional do desemprego, ou seja à ‘invenção’ do desemprego na Europa, com o que se estabeleceu uma “separação (normativa) entre os inaptos ao emprego (*unemployability*) e os trabalhadores regulares e eficazes”.

A segunda diz respeito à associação dessas duas noções no debate francês, contexto em que empregabilidade e competência são utilizadas quase como sinônimos, uma vez que o indivíduo é o referencial de ambas, possibilitando, assim, “um balanço ou uma avaliação de caráter individual”, além de permitir a percepção de “uma certa simetria com a relação feita frequentemente entre desemprego e dispositivos de formação” (Hirata, 1997, p. 32).

A autora infere que a “noção de empregabilidade parece, como a de competência, ter ainda contornos pouco delineados e se prestar a usos diversos, salvo na literatura econômica sobre o desemprego” e nas análises estatísticas, nas quais

ela se refere basicamente “à passagem da situação de desemprego para a de emprego”. Nessa acepção, empregabilidade consistiria na “probabilidade de saída do desemprego” ou, sob uma formulação positiva, na “capacidade de obter um emprego”. Contudo, na concepção de Hirata, a noção de empregabilidade, que na França está associada às políticas de seleção implementadas pelas empresas, tem funções ideológicas e políticas, acabando por obscurecer os fatores de “ordem macro e meso econômicos que contribuem decisivamente para essa situação individual” (Hirata, 1997, p. 3).

Em trabalho anterior, Hirata (1994) já chamava a atenção para o fato de que a dissolução do modelo das qualificações em favor do modelo centrado nas competências estaria acarretando, ao menos no que se refere ao debate teórico, uma gradativa superação da tese da “polarização das qualificações”, formulada por Braverman (1977). Souza, Santana e Deluiz (1999) também indicam que pesquisas mais recentes trazem à tona outros processos decorrentes da reestruturação capitalista, que não apenas a desqualificação. Esses processos representariam, segundo Hirata (1994, p. 125), “uma ruptura com o taylorismo e o fordismo, como uma nova lógica de utilização da força de trabalho”. Desse modo, as implicações do novo paradigma produtivo – ampliação dos requisitos de qualificação, permanência e incremento do desemprego – remeteram a discussão para o âmbito do mercado de trabalho, acionando-se para tanto a noção de empregabilidade no sentido da capacidade ou condições de que dispõem os trabalhadores de se manterem empregados ou de retornarem ao mercado de trabalho em caso de demissão. Ou seja, estaria implícita na noção de empregabilidade, o pressuposto de que haveria oferta de trabalho para toda a população economicamente ativa, contanto que ela se adaptasse “às demandas do novo quadro” (Souza, Santana e Deluiz, 1999, p. 49).

A convergência entre o conceito de competência e a noção de empregabilidade, ambas centrais na teoria *aggiornatta* do capital humano, com o ideário neoliberal é óbvia, visto que este atribui à educação o significado de mercadoria, com consequências na fragmentação do processo educacional e nos processos de conhecimento em geral. A educação se despolitiza, imputa-se aos méritos e responsabilidades individuais o desempenho no mercado de trabalho e produz-se “uma pedagogia que redefine categorias no imaginário individual e social,

criando ideologicamente falsas realidades e excluindo outras formas de pensar” (Souza, Santana e Deluiz, 1999, p. 67).

Ao mesmo tempo que se prega hoje a aquisição de competências de caráter abstrato, ligadas aos níveis mais altos de escolaridade, e em que o trabalho se torna cada vez mais intelectual, percebe-se “o esforço de objetivação, expropriação, despersonalização e padronização dos gestos e atitudes, a apropriação e sistematização, por meio de *softwares*, do conhecimento tácito do trabalhador”. Residiria justamente aí o “salto da Teoria do Capital Humano para a Teoria do Capital Intelectual” que, ao permitir o controle e expropriação dos conhecimentos tácitos do trabalhador, asseguraria a “produção e circulação do conhecimento interessado no âmbito da própria empresa” (Santos, 2004, p. 7).

Cabe acrescentar que, no atual modelo de organização do trabalho, convivem de forma combinada postos de trabalho que exigem alta densidade de capital intelectual com aqueles menos qualificados, via de regra localizados no setor de serviços, em boa parte terceirizados, aprofundando a desigualdade (e põe, indiretamente, as propostas educacionais como instrumento dela) e as diferenças nas modalidades de integração produtiva, gerando uma espécie de dualização da formação para o trabalho, fomentadora de uma nova relação empresa-indivíduo. Com isso, configura-se uma “luta de valores” no campo das condutas no mercado de trabalho – que pode ser traduzida, à la Bourdieu (1974), como manipulação simbólica das aspirações – luta na qual os conceitos de competência e empregabilidade se constituem em dispositivos estratégicos do capital para subordinar e pacificar os trabalhadores. Dito de outro modo, assiste-se a um esforço de legitimação, adequada aos requisitos da mundialização, de uma nova cultura e de uma nova ética do trabalho com repercussões na identidade do trabalhador.

2. O Conceito de Competência e a Área de Saúde: afinidades eletivas?

Como é sabido, os serviços de saúde sofreram forte impacto das macrotransformações no processo produtivo: focalização das políticas, redução de custos, aumento da produtividade, aceleração da participação de empresas privadas, incorporação de novas tecnologias, novos requisitos para a formação da força de trabalho, terceirização de atividades etc.

Na medida em que as atividades de saúde constituem parte significativa do setor de serviços, que aquelas transformações trazem ao centro do debate, a sua respectiva conceptualização vem sendo objeto de uma série de estudos que tratam de compreender a natureza do trabalho em saúde, quase sempre em associação com os processos de formação e de gestão da força de trabalho.

O ponto de partida dessas discussões, cuja origem reside na sociologia do trabalho, é o fato de que, como quer que venham a ser entendidos, os serviços não se conformam inteira nem facilmente com a forma geral da racionalidade que acompanha a acumulação capitalista.

Um dos pioneiros do esforço teórico que produz esse campo de debate é Offe (1991), ainda hoje muito citado na literatura, inclusive no que diz respeito especificamente à área de saúde. De maneira muito simplificada, o autor propõe que

- a) os serviços foram, durante muito tempo, indevidamente tidos como um setor residual no processo produtivo;
- b) a razão básica para tanto é que não se pode medir com clareza o resultado de tais atividades, como é o caso para o restante da atividade produtiva (serviços de manutenção, vigilância, em suma, todos os serviços de prevenção existem para que certos eventos não aconteçam);
- c) o setor de serviços é internamente muito diferenciado (por exemplo, serviços industriais, terceirizados ou não, não se organizam – nem poderiam – como os serviços pessoais, caso das atividades de saúde).

Em síntese, para Offe (1991) o trabalho em serviços é fundamentalmente um trabalho reflexivo, com problemas de ordenamento e normatização, onde há grande heterogeneidade, descontinuidade, incerteza temporal e social dos “casos” tratados; onde faltam funções técnicas de produção e referências sobre o volume da demanda; onde os critérios de racionalidade desenvolvidos para o aproveitamento da força de trabalho são limitados; onde falta um critério de eficiência econômica claro e inquestionado.

Há nos trabalhos de Offe que datam da segunda metade da década de 1980 – cujo foco era a organização da produção (o ‘mundo do sistema’ de Habermas) –

inúmeras passagens que têm sido relidas nos termos de uma outra discussão, bastante posterior, que enfatiza a dimensão reflexiva, subjetiva e imaterial característica do setor de serviços (desnecessário elencá-las, pois boa parte da literatura, inclusive aquela produzida no âmbito da área da saúde, as cita extensamente). Infere-se daí que a atividade de serviço tem um caráter imaterial¹⁴ e depende de disposições subjetivas do prestador, visto que “não existe separada da própria atividade de produzir” e “não opera principalmente com instrumentos, nem matérias primas a serem transformadas, mas com símbolos, informação, competências discursivas e interação com pessoas”.¹⁵

Constrói-se assim uma aproximação conceitual que justificaria a adoção *tout court* de conceitos afeitos às estratégias de flexibilização, ou sua ressignificação com vistas a incorporar os interesses dos trabalhadores. Esse é, sobretudo, o caso do conceito de competência que, na perspectiva aqui defendida e em concordância com inúmeros autores que se debruçam sobre o tema, constitui, junto com a nova teoria do capital humano, a base ideológica do capitalismo contemporâneo.

O argumento mais frequente em defesa da utilização do conceito de competência diz respeito às características consideradas mais específicas do trabalho no setor saúde: o fato de lidar com a vida humana e de não dispensar o uso intensivo do trabalho vivo. Trata-se, assim, de uma atividade produtiva que requer do trabalhador “habilidades subjetivas para resolver imprevistos que surgem no cotidiano do trabalho” (Vieira *et al.*, 2011), o que possibilitou, conforme aponta Lima (2011), a incorporação acrítica desse conceito no campo da formação profissional em saúde.

De fato, o conceito de competência está profundamente associado à formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde¹⁶ que privilegiam o

¹⁵ Trabajo social, trabajo de servicios: algunos problemas en la comprensión de los determinantes del trabajo profesional. Disponível em: <<http://reco.concordia.ca/pdf/Britos04trabajo%20social.pdf?iframe=true&width=80%&height=80%>>.

¹⁶ Note-se que as competências assim concebidas vão ao encontro das concepções incorporadas ao *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde* (Brasil/MEC/MS, 2004): “O desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação destes profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem a maior aderência aos desenhos de

processo de trabalho centrado no usuário e que demandam do trabalhador solidariedade, humanização, capacidade de trabalhar em equipe etc. Ramos (2001), porém, rechaça a possibilidade de o conceito orientar propostas de formação profissional que supostamente atenderiam os interesses dos trabalhadores, pois ele impediria a construção do princípio da formação humana em uma perspectiva contra-hegemônica que

seja ativa e criadora, construída com base em uma profunda e orgânica ligação entre ela e o específico dinamismo social objetivo que nela se identifica. Concluimos, então, que a pedagogia contra-hegemônica pode ser construída na perspectiva histórico-crítica, resgatando o *trabalho* como o concreto princípio educativo. (Ramos, 2003, p.111, grifos do original)

Em concordância com essas conclusões, mas a partir de outro ponto de vista – complementar, ressalte-se –, vale acrescentar que os autores que consideram a possibilidade de ressignificar o conceito em questão, ao fazê-lo, aplicam a mesma lógica de ‘elevação da produtividade’ e ‘racionalização’ que preside a produção material (capitalista). É este quadro de referência que permite as propostas de substituição da noção de qualificação (que estaria ‘contaminada’ pelo taylorismo e seus desdobramentos teórico-ideológicos) pela de competência, sugerindo o que Offe já sinalizava há um quarto de século – a necessidade de não desconhecer o peso das dimensões reflexiva, subjetiva e imaterial, em nível do funcionamento tanto das instituições sociais (político-econômicas) quanto das ações dos respectivos participantes, individualmente ou em grupo. Contudo, esta pode ser considerada uma perspectiva economicista, que reincorpora à lógica instrumental de custo-benefício, típica do processo de acumulação, de um segmento internamente muito diferenciado de atividades que

organização da atenção à saúde, aprendizagens significativas e desenvolvimento da capacidade de intervenção crítica e criativa no sistema nacional de saúde, leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa pela vinculação entre educação e trabalho, formação e desenvolvimento institucional, aprendizagem e resolutividade da rede de atenção à saúde. Na elaboração desse perfil, considerou-se a formulação de Zarifian (1999) para conceituar competência profissional: capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Este conceito de competência está baseado na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, contrariamente ao que propõem os estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, identificados com o fordismo, o taylorismo ou o fayolismo. Tal acepção, por sua vez, implica a reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um ‘estoque de saberes’, para se transformar em ‘capacidade de ação diante de acontecimentos’ (Zarifian, 1990)” (Brasil/MEC/MS, 2004, p. 52-53).

são ‘condição’ desse processo, mas não pode se organizar nas mesmas bases, exatamente devido às dimensões anteriormente mencionadas.

3. Um Conceito Multideterminado de Qualificação para a Formação para o Trabalho em Saúde

Pode parecer um truísmo afirmar que a pesquisa de que trata este livro se baseia no conceito de qualificação como relação social. Afinal, tudo no mundo social é relacional e historicamente construído, inclusive o modelo de competências, do qual a reflexão aqui apresentada se afasta. Isso não significa ignorar que o conceito de qualificação é contaminado pelo taylorismo/fordismo, no qual teve origem, e que se trata de uma noção polissêmica, no sentido de que nunca teve um entendimento consensual, homogêneo ou unilinear.

O que se quer ressaltar com essas observações é que, como qualquer outro, o conceito de qualificação não só é construído historicamente em termos teóricos, mas também que – e à diferença do conceito de competências, cuja utilização em referência à organização da produção e às relações de trabalho tem origem no âmbito empresarial (Hirata, 1994) – resulta de um processo de luta entre capital e trabalho que ocorreu na Europa do pós-guerra, sobretudo na França, sob o *slogan* “para trabalhos iguais, salários iguais”. Como informa Tartuce (2007, p. 42 – grifo da autora),

Os trabalhadores vão se organizar e negociar normas de referência, primeiro ao nível da empresa, depois da localidade e finalmente do ramo profissional. Essas normas constituem, pois, tentativas de padronização e objetivação dos modos de comparação de diferentes capacidades de trabalho, visando torná-los relativamente independentes dos atributos individuais dos trabalhadores; melhor dizendo, visando torná-los independentes do capital no julgamento desses atributos. (...) Essas normas dão origem às *classificações profissionais*, que ordenam hierarquicamente as qualificações de um grupo de indivíduos por meio de postos de trabalho e definem, assim, as regras que irão reger a trajetória profissional dos assalariados, isto é, o contrato de trabalho: o recrutamento, a remuneração básica, os níveis e a hierarquia de salários, a promoção (...). Há, portanto, nesse momento, o início de uma estruturação coletiva de normas para direitos e regulações do uso do trabalho, fundada em negociações, convenções, acordos, que tinham por base justamente a questão da qualificação.

A partir desse momento, e à medida que a sociedade salarial se estruturava durante o que se convencionou chamar os ‘trinta gloriosos anos’ do capitalismo europeu, a correspondência entre diploma-qualificação-emprego manteve-se

estável, garantindo aos trabalhadores ganhos sociais e econômicos importantes que, de resto, não se verificaram com a mesma intensidade nos países periféricos, onde, quando muito, apenas um arremedo de Estado de Bem-Estar chegou a existir. Ainda segundo Tartuce (2007, p. 43 – grifos da autora),

É nesse momento, portanto, que a *qualificação do trabalho aparece como central*: ela se torna não apenas *um aspecto da prática política e social*, como também – e talvez por isso mesmo – *um conceito a ser problematizado*. Melhor dizendo, a qualificação vai se transformando em um conceito à medida que permite análises do conteúdo do trabalho, da evolução da organização da produção, das avaliações e classificações sociais expressas nas convenções coletivas, do funcionamento do mercado de trabalho.

Não é objetivo deste texto retomar com detalhes a trajetória do conceito de qualificação em termos histórico-teóricos nas sociologias do trabalho e da educação. Contudo, na tentativa de melhor esclarecer a opção pela perspectiva que considera a qualificação como construção histórica e social e, ao mesmo tempo, evitar o entendimento de que essa opção se deve – parafraseando Braga (2003) – a uma certa nostalgia do tempo marcado pelo taylorismo-fordismo, retomam-se alguns aspectos da discussão suscitada pelo conceito, visando ultrapassar concepções que o referem exclusivamente ao posto de trabalho.

Conforme já se mencionou na introdução deste texto, a discussão sobre a qualificação na década de 1970 girou sobretudo em torno das formulações de Braverman (1974) segundo as quais haveria uma tendência à desqualificação crescente da força de trabalho no capitalismo monopolista. Resgatando a vertente marxista de análise do processo de trabalho, Braverman criticou uma interpretação otimista do desenvolvimento tecnológico que superaria o trabalho monótono e repetitivo em moldes tayloristas e geraria o enriquecimento das tarefas, diminuiria os riscos à saúde física e mental do trabalhador, com conseqüente aumento da qualificação. Na interpretação do autor, ao contrário, a modernização tecnológica produziria a polarização das qualificações, ou seja, uma minoria de trabalhadores altamente qualificados e uma massa de trabalhadores com pouca ou nenhuma qualificação.

Braverman não se refere apenas à desqualificação do trabalho, mas também à desqualificação do conceito de qualificação, cujo significado em sua origem, se referia ao domínio de um ofício. “Com a concentração de conhecimento científico,

técnico e de engenharia do trabalho nas mãos da administração”, destacam Vieira e Garcia (s.d., p. 4), restaria aos trabalhadores “apenas um conceito reinterpretado e dolorosamente inadequado de qualificação: uma habilidade específica, uma operação limitada e repetitiva” (Braverman *apud* Vieira e Garcia, s.d., p. 4). Na opinião de Castro (1992, p. 21), estudar a qualificação na perspectiva bravermaniana

equivale, em verdade, a pesquisar a sua perda progressiva, uma vez que reduzida a um mero instrumento consciente de controle gerencial despótico. Este se tornara factível pelos avanços tecnológicos e viável pelas técnicas tayloristas de ‘administração científica do trabalho’.¹⁷

Embora as teses de Braverman ainda repercutam nas análises das transformações atuais no mundo do trabalho, elas começaram a ser suplantadas na década de 1980, a partir de pesquisas que “indicam que as mudanças no mundo do trabalho trazem consigo fenômenos que podem ser relativos a outros processos que não o da *desqualificação*” (Santana, 2005, p. 10 – grifos do autor). Um dos mais influentes críticos de Braverman é Burawoy, também representante da vertente anglo-saxônica da sociologia do trabalho europeia. Ambos os autores partem da concepção histórico-dialética do mundo e da teoria do valor¹⁸ na interpretação que fazem do processo de trabalho. Apoiando-se na vertente inspirada em Gramsci, sobretudo em seu conceito de hegemonia, Burawoy não concebe o mundo da produção como uma esfera exclusivamente econômica, sujeita apenas aos mecanismos de coerção, p. é também o âmbito de formação do consentimento e esfera política e ideológica “de reprodução das relações sociais e de experiências dessas relações” (Castro e Guimarães, 1991, p. 2). A esse respeito, afirma Meiksins (1996, p. 112):

Burawoy argumenta que o elemento central na formação das relações de trabalho é a ‘fabricação do consenso’, isto é, a conquista da concordância dos trabalhadores com as condições de produção. Em *Manufacturing consent* [1979], ele desenvolve uma visão do processo de trabalho moldada na dialética dos esforços capitalistas de direção dos

¹⁷ Em outro trabalho, a autora acrescenta que para Braverman “a lógica do processo de trabalho capitalista seria dirigida por uma finalidade clara – garantir a conversão de força de trabalho em trabalho real – sob condições que maximizassem a acumulação de capital. Dessa finalidade seguiam-se, como corolários, duas tendências: a imanente separação entre trabalho mental (concepção) e manual (execução) e a conseqüente desqualificação do trabalhador. Apesar da evidente simplificação, nenhuma outra teoria rivalizou em abrangência e generalidade” (Castro e Guimarães, 1991, p.1).

trabalhadores e na vontade operária de resistir a ela. A ordem negociada que daí resulta não é produto de nenhum dos dois processos; em vez disso, é uma espécie de difícil trégua tática acertada entre as duas partes. A resistência operária, portanto, está diretamente envolvida na produção do processo de trabalho e, com efeito, tal resistência, num certo grau, é capaz de se acomodar às estruturas da produção capitalista.

Os trabalhos de Burawoy influenciaram de maneira importante boa parte da produção da área da sociologia do trabalho brasileira a partir da década de 1990. As pesquisas desenvolvidas por autores como Castro e Guimarães (1991), Leite e Posthuma (1996), Ramalho (1991), entre vários outros, trouxeram à tona o tema da subjetividade, procurando mostrar como, para além das mediações propriamente econômicas, outras de caráter político-cultural informam as relações existentes no espaço de trabalho, como a negociação, a barganha e o consentimento (Tartuce, 2007). Do mesmo modo, “mostram que os elementos subjetivos produzidos no espaço de trabalho tinham influências na esfera social mais ampla, como a escola e a família” (Tartuce, 2007, p. 86). Enfim, a contribuição de Burawoy foi fundamental no sentido de considerar mediações de caráter simbólico, cultural e político na construção das relações de trabalho, aí incluída a qualificação, cuja compreensão em termos políticos passou a considerar que ela se constitui em “uma arena política onde se disputam credenciais que conferem reconhecimento e asseguram acesso às classificações vigentes no mundo do trabalho” (Castro *apud* Tartuce, 2007, p. 86).

É nessa perspectiva que a pesquisa a que se refere o presente texto entende a qualificação para o trabalho como social e historicamente construída. De acordo com Castro (1998, p. 45 – grifos da autora), isso implica:

a) Questionar “o limite do conceito de processo de trabalho, politizando-o”, reconhecendo “o mundo do trabalho como um âmbito da produção e regulação *política* de relações sociais, sustentadas em *representações* subjetivas – conviventes e concomitantes com a produção de bens (...)”.

b) “Repensar a categoria ‘sujeito’ e o estatuto da subjetividade na explicação das relações sociais *na* produção”, uma vez que “(...) a própria noção de ‘objetividade’ ganhou um significado mais amplo”, deixando de ser relacionada apenas ao âmbito econômico; (...) “a falência das interpretações essencialistas sobre a natureza dos sujeitos”, baseadas na suposição de que existem “instâncias necessariamente precedentes na determinação de suas identidades, como, por

exemplo, a condição de classe ou a percepção da exploração, no caso dos trabalhadores fabris”.

c) Considerar “o nexó entre processo e mercado de trabalho” no sentido de buscar as relações entre “o domínio das qualidades culturalmente construídas e o mundo do trabalho, em termos de acesso ao mercado, às classificações e aos benefícios”.

d) Considerar “o papel de *outros* coletivos atuantes, que não as classes sociais”.

A autora acrescenta ainda necessidade de se atentar para o fato de que os sistemas de classificação que dão acesso e permanência no mercado de trabalho podem se constituir em mecanismos de exclusão, visto que são com frequência baseados em características adscritas e em marcas de identidade, como sexo, cor, idade etc. Daí a relevância que ela atribui à distinção entre “qualificação do posto de trabalho” e “qualificação do trabalhador”, chamando esta última “a atenção para a formação e a experiência mobilizadas pelo indivíduo para realizar uma tarefa” (Castro, 1993, p. 217-218). Em relação a essa distinção, a autora argumenta que

Uma e outra têm fontes distintas e, a depender do reconhecimento social que lhes seja conferido, podem (ou não) credenciar quem as possui. Por isso mesmo, é importante investigar a qualificação do trabalhador, não apenas pela ótica de quem o recruta, mas também como ele próprio a representa e vivencia. Isto é, como o indivíduo identifica e classifica os saberes que mobiliza no exercício profissional, em termos de sua natureza, origem, funcionalidade e significação para o seu desempenho. Ao lado disso, é interessante inquirir sobre o horizonte profissional e de qualificação que a representação da carreira, função ou destino pessoal que leva o trabalhador a estabelecer para si. Isto se reflete na busca continuada da escolarização ou do aperfeiçoamento técnico, no ‘casamento’ com unidades produtivas ou na polivalência, na interação com profissionais de outras carreiras, posições ou funções com interfaces importantes no desempenho da sua própria tarefa, etc.(...) Assim, os trabalhadores são considerados qualificados (ou desqualificados) em função da existência (ou não) de regras deliberadas de restrição à ocupação, coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas, e não necessariamente em decorrência da natureza da ocupação desempenhada. Essas regras devem ser buscadas nos discursos e nas práticas dos escalões organizacionais, das instituições sindicais e dos próprios trabalhadores individuais.

A aproximação à vertente histórico-crítica da literatura produzida no campo educacional a partir dos anos 90 é evidente. A discussão que aí se trava não só critica os determinismos tecnológico e científico que, com frequência orientam a construção do conceito de qualificação, como põe em relevo a necessidade de se considerar que perspectivas tecnoeconômicas são condicionadas por

determinações de diferentes ordens, não havendo, portanto, “uma relação de mão única nas relações entre desenvolvimento técnico-científico, condições de trabalho, exigências de qualificação e de educação”, conforme explicita Machado (1996, p. 16). Machado ainda destaca a importância de se levar em conta nessa discussão “o jogo conflitivo de interesses sociais, que condiciona as diversas decisões da sociedade e que incidem contraditoriamente sobre todas as dimensões sociais” (Machado, 1996, p. 17).

Considera-se, nesse debate que a qualificação para o trabalho historicamente construída é condicionada pelo contexto econômico, social e político e não se constitui como ‘desdobramento natural’ das tecnologias e das novas formas de organização do trabalho. As relações de poder entre capital e trabalho e os fatores socioculturais que influenciam o julgamento da sociedade dependem da conduta e estratégias empresariais (métodos de gestão e controle da força de trabalho) e da consciência e organização dos trabalhadores (na busca de maior decisão e intervenção no processo produtivo).

A qualificação para o trabalho é, portanto, na perspectiva histórico-crítica, síntese de múltiplas determinações, o que significa entendê-la

não como um dado, uma construção teórica acabada, mas como um processo social, através do qual se descobre a ‘natureza’ do que seja trabalho qualificado e desqualificado, mas a própria trama das regulações técnicas e sociais presentes nos processos de trabalho. (Machado, 1995, p. 15)

Considerando o debate exposto em suas linhas gerais, a pesquisa sobre o processo de qualificação de trabalhadores técnicos em saúde e a conformação de grupos profissionais de nível fundamental e médio, objeto desta publicação, teve como fios condutores desta análise as seguintes questões:

- Como está organizado o trabalho? Como é a divisão do trabalho (técnica e por sexo)?
- Quais são as tecnologias utilizadas? Como os trabalhadores se relacionam com as tecnologias?
- Quais são as condições de trabalho?
- Que categorias profissionais estão implicadas no processo de trabalho? Quais são as relações entre elas?

- Como se dá o processo de intercâmbio de saberes? Quais os processos de qualificação e desqualificação dos trabalhadores no processo de trabalho?
- Qual a importância das qualificações tácitas no processo de trabalho?
- Que comportamentos/subjetividades vão sendo definidos em razão do exercício do trabalho?
- Como se dá a gerência da força de trabalho? Como se estruturam as relações de poder e o controle da força de trabalho?
- Como se dá o processo de regulação de conflitos?
- Como se deu a conformação desses grupos profissionais?
- Como se deu a constituição histórica da cultura do trabalho em que estão envolvidos os trabalhadores?
- Como se constituiu a identidade profissional desses grupos profissionais?

Na perspectiva histórico-crítica adotada neste texto, tais questões podem permitir a análise do contexto das relações de trabalho (aquelas que se estabelecem na e para a realização do processo de trabalho), assim como a análise da articulação dos diferentes elementos no contexto das relações de trabalho, capazes de dar conta das regulações técnicas, que ocorrem na relação dos trabalhadores com a tecnologia, e das regulações sociais, que produzem os diferentes atores da produção e que resultam nas formas coletivas de produzir.

4. Referências

ALVES, G. *Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. Bauru: Editora Praxis, 2007.

ALVES, G. *Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. São Paulo: Editora Boitempo, 2011.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, P. e PASSERON, J. C. *A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1975.

BRAGA, R. *A Nostalgia do Fordismo: modernização e crise na teoria da sociedade salarial*. São Paulo: Xamã, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: MEC, 2004.

- BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- CAMARGO, J. M. (Org.) *Flexibilidade e Mercado de Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.
- CARDOSO, A. M. *Trabalhar, Verbo Transitivo: destinos profissionais dos deserdados da indústria automobilística*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- CASTEL, R. *Metamorfoses da Questão Social*. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.
- CASTRO, N. de A. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: MACHADO, L. et al. (Orgs.). *Trabalho e Educação*. Campinas: Papyrus, Cedes, Anped, 1992.
- CASTRO, N. de A. Qualificação, qualidade e classificações. *Educação e Sociedade*, ano XIV, ago. 1993.
- CASTRO, N. de A. Qualificação: qualidades, classificações e ações. In: CASTRO, N. de A (Coord.). *Qualificação, Mercados de Trabalho: estudo comparativo no complexo químico brasileiro*. São Paulo: Programa de Pesquisa em Ciência, Tecnologia, Qualificação e Produção, 1998. (Relatório de pesquisa.)
- CASTRO, N. de A. e GUIMARÃES, A. S. A. Além de Braverman, depois de Burawoy: vertentes analíticas na sociologia do trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17: 44-52, 1991.
- CATTANI, A. D. A teoria do capital humano. *Século XXI*, 01/03/2002. Disponível em: <www.multirio.rj.gov.br/sec21/chave_artigo.asp?cod_artigo=223>. Acesso em: 24 fev. 2010.
- CIAVATTA, M. A. Formação profissional para o trabalho incerto: um estudo comparativo Brasil, México e Itália. In: FRIGOTTO, G. (Org.). *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Boletim Técnico do Senac*, 22(2): 15-21 maio-ago. 1996.
- FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1984.
- FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, G. (Org.). *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETTI, C. et al. (Orgs.) *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

HIRATA, H. Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos. In: CASALI, A. et al. (Orgs.). *Emprego e Educação: novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo: Educ, Rhodia, 1977.

LEITE, M. de P.; POSTHUMA, A.C. Reestruturação produtiva e qualificação: reflexões sobre a experiência brasileira. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 10, n. 1, p. 63-76, jan./mar., 1996.

LEMOS, Ana Heloisa C. *Qualificação Profissional e Desemprego: a construção social de um problema*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. F. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, 2010. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MACHADO, L. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F. (Org.). *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MACHADO, L. Educação básica, empregabilidade e competência. *Trabalho e Educação*, 3, jan.-jul. 1998.

MANFREDI, S. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. *Educação e Sociedade*, 19(64): 13-49, 1999.

MARKERT, W. Trabalho e comunicação: reflexões sobre um conceito dialético de competência. *Educação e Sociedade*, Ano XXIII (79): 179-211, ago. 2002.

MEIKSINS, P. Trabalho e capital monopolista para os anos 90: uma resenha crítica do debate sobre o processo de trabalho. *Crítica Marxista*, 1(3): 106-117, 1996.

OFFE, C. *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

RAMALHO, J. R. Controle, conflito e consentimento na teoria do processo de trabalho: um balanço do debate. *Boletim Informativo de Ciências Sociais*, 32: 31-48, 1991.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez Editora, 2001.

RAMOS, M. N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1: 93-114, 2003.

SANTANA, M. A. O mundo do trabalho em mutação: as reconfigurações e seus impactos. *Cadernos IHU Ideias*, 34: 1-22, 2005.

SANTOS, A. T. Teoria do capital intelectual e teoria do capital humano: Estado, capital e trabalho na política educacional em dois momentos do processo de

acumulação. In: REUNIÃO DA ANPED, 27, 2004, Caxambu. *Anais...* Caxambu, nov. 2004.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, 12(34): 152-180, jan./abr. 2007.

SHIROMA, E. O. e CAMPOS, R. F. Qualificação e reestruturação produtiva: um balanço das pesquisas em educação. *Educação e Sociedade*, 18(61): 13-35, 1997.

SOUZA, D. B. de; SANTANA, M. A. e DELUIZ N. *Trabalho e Educação: centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Quarter, 1999.

TARTUCE, G. L. B. P. *O que Há de Novo no Debate da Qualificação do Trabalho? Reflexões sobre o Conceito com Base nas Obras de Georges Friedmann e Pierre Naville*, 2002. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.

TARTUCE, G. L. B. P. *Tensões e Intenções na Transição Escola-Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo*, 2007. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.

VALLE, R. e WACHENDORFER, A. (Orgs.). *Mercado de Trabalho: obstáculos institucionais à produtividade*. São Paulo: Marco Zero, 1996.

VIEIRA, A. e GARCIA, F. C. *Qualificação do Trabalhador e Reestruturação Produtiva na Fiat Automóveis: um estudo comparativo nas plantas industriais de Cassino (Ita) e Betim (Br)*. Disponível em: <<http://anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-rh-17.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2010.

VIEIRA, M. et al. Introdução. In: VIEIRA, M. et al. (Orgs.). *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2011.

ZARIFIAN, P. *Objective Compétence*. Paris: Liason, 1999.

ZARIFIAN, P. *Organization Qualificante et Capacité de Prise de Décision dans L'industrie*. s.l.: s.n., 1990. (Mimeo.)

Apêndice B

Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS

Publicado como artigo em revista indexada

Vieira, Monica; Chinelli, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS Trabalho, Educação e Saúde: tendências e perspectivas da Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.18 no.6 Rio de Janeiro jun. 2013, pp. 1591-1600. ISSN 1413-8123.

Ver também [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600011
&script=sci_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600011&script=sci_arttext&tlng=en)

A relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS¹⁹

1. Introdução

Esse texto discute a relação trabalho, qualificação e reconhecimento no âmbito da saúde, com ênfase na inserção laboral dos trabalhadores técnicos do SUS, na maneira com que percebem as relações de trabalho nas quais se inserem e na incidência dessas condições contextuais sobre a autoconstrução de suas subjetividades.

O tema é analisado no contexto mais geral das mudanças no mundo do trabalho, às quais estão associadas à intensificação, flexibilização e precarização das relações de trabalho e nos processos mais gerais que afetam a qualificação, na formação da subjetividade e no reconhecimento social do trabalhador. Alinha-se, portanto, com uma vertente da literatura que se detém sobre as consequências perversas desses processos sobre as condições de vida desses trabalhadores. Dialoga com interpretações que enfatizam a redefinição da relação trabalhador-usuário, ou seja, o cotidiano de trabalho como instância privilegiada de superação das contradições que hoje caracterizam o campo do trabalho e da educação no SUS.

Parte-se do ponto de vista do trabalhador, buscando compreender que o cotidiano de trabalho, bem como as políticas e programas voltadas para o trabalho e a educação na saúde, expressam a ideologia e a cultura instável e fragmentária do “novo capitalismo” (Sennett, 2006). Por isso mesmo, retoma-se de forma crítica o conceito de competências, relacionado ao modelo flexível de organização do trabalho, aos novos formatos de gestão, às necessidades de formação para o trabalho e à perspectiva cultural e ideológica baseada na autoconstrução do trabalhador colaborador e solidário (cfr. entre outros, Chinelli, 2008). Em contrapartida, apresenta-se o conceito de qualificação tal como formulado por diferentes autores (Castro, 1998; Tartuce, 2002) que o tomam como histórica e socialmente construído, procurando mostrar sua adequação a uma perspectiva

¹⁹ O artigo é parte da pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil”, em andamento no Observatório dos Técnicos em Saúde do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, com financiamento da Faperj e Papes/CNPq/Fiocruz.

que não dissocia a organização, a gestão e as práticas de trabalho do processo de qualificação e da autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores.

2. A relação entre trabalho e o trabalhador técnico do SUS no contexto das atuais políticas sociais

A literatura produzida no âmbito das ciências sociais nas últimas décadas ressalta a relação entre a crise e a posterior reestruturação do capitalismo, desencadeada a partir do final dos anos 1960, e a reação da burguesia internacional à resistência dos trabalhadores aos métodos fordistas-tayloristas de organização do trabalho. É pertinente lembrar, no que se refere ao trabalho e à produção que, naquele momento, se procedia uma intensa denúncia “do poder hierarquizado, do paternalismo, do autoritarismo, dos horários impostos, das tarefas prescritas, da separação taylorista entre concepção e execução e, de modo mais geral, da divisão do trabalho, tendo como contraponto positivo as exigências de autonomia e de autogestão (...)” (Boltanski e Chiapello, 2002, p. 245/246).

Frigotto (2001, p. 34) destaca que as contradições que marcam o capitalismo contemporâneo conformam uma crise histórica de extensão ainda não compreendida adequadamente, dada a “crise dos paradigmas” das últimas décadas do século XX, aí incluído o materialismo histórico. Ela estaria “retirando a humanidade” da teoria sociológica (idem, 2001, p.134), contribuindo, assim, para a naturalização das consequências da recomposição contemporânea do capitalismo sobre as sociedades, tanto mais nefastas quanto mais se passa do centro para a periferia do sistema. Note-se que, embora no período as economias centrais continuassem a crescer, experimentavam uma retração considerável nos índices de produtividade devido ao aumento do número de faltas ao trabalho, ao alto *turnover* e à queda de qualidade dos produtos, o que afetou as taxas de lucro e o controle econômico e político sobre as economias periféricas (Alves e Corsi, 2002). Ao longo da década de 1970, contudo, a reação veio sob a forma monetarista, impondo “ajustes” estruturais que afetaram de forma dramática sobretudo a histórica desigualdade entre centro e periferia do sistema.

Na tentativa de superar a crescente insatisfação dos trabalhadores, o empresariado dos países centrais orientou seus investimentos de forma maciça para o desenvolvimento de novas tecnologias, sobretudo de informação e

comunicação e de novos métodos de gestão do trabalho e organização da produção. Estas tecnologias incrementaram de forma extraordinária a produtividade das empresas e, em consequência, diminuíram drasticamente os postos de trabalho, mesmo os mais qualificados.

Os ônus da profundidade dessas mudanças ainda em curso no mundo do trabalho recaem, sobretudo, sobre os trabalhadores, de forma mais contundente ainda nos ombros daqueles cuja inserção de classe lhes reduz as chances de acesso a uma escolarização de qualidade e as possibilidades de acúmulo de capital social e cultural e, portanto, de competição e inserção no mercado de trabalho.

Essa interpretação, porém, está longe de ser consensual. Para os mais otimistas, há possibilidades virtuosas nessas transformações que dependeriam de que os trabalhadores investissem por sua conta e risco o máximo possível em patamares mais altos de escolaridade e qualificação, o que supostamente garantiria não só o acesso a postos de trabalho qualificados e melhor remunerados, como o próprio desenvolvimento do país. A justificativa é de que o capitalismo estaria adentrando em uma nova etapa civilizatória, plena de oportunidades para todos, desde que os Estados nacionais adotassem políticas orientadas para a estabilidade monetária e cambial, liberdade de circulação de mercadorias e capitais, etc. (cfr. nesta coletânea o texto de Marques), enfim, medidas cujo objetivo foi e continua sendo a produção da adaptação e do consentimento ativo à nova ordem internacional.

No Brasil, as repercussões dessa crise começam a ser visíveis, sobretudo, a partir dos anos 1980. Não é sem razão que o epíteto de “década perdida” é quase consensual entre os analistas que se debruçam sobre a economia brasileira no período. De fato, a desaceleração do rápido crescimento verificado durante o regime militar e o estancamento do fluxo de investimentos externos, acarretaram graves consequências econômicas e sociais. Os investimentos deram lugar a empréstimos e, do mesmo modo que todos os países latino-americanos naquele período, o país ingressou na crise da dívida. O resultado foi a imposição dos ajustes macroestruturais e a adoção do ideário neoliberal, receita que implicou na fragmentação do trabalho; terciarização, terceirização e redução da interferência do Estado na economia; segmentação do mercado de trabalho; redução de postos de trabalho, sobretudo na indústria; a diminuição da proteção jurídica das relações

de trabalho; retração das organizações sindicais e substituição de políticas públicas universalistas por políticas focalizadas, implementadas preferencialmente mediante parcerias público-privadas, sob o argumento de que os mecanismos de regulação de mercado seriam mais eficientes. A partir do primeiro governo Lula (2003-2006) iniciou-se um quadro de atenuação do desemprego e das formas precárias de emprego, verificando-se uma certa recuperação salarial, um sensível aumento do consumo por parte das frações inferiores da classe trabalhadora e um considerável incremento das políticas sociais. O caráter focalizado dessas políticas, entretanto, aponta ao menos nesse aspecto, para uma continuidade com a perspectiva gerencial do estado que caracterizou os governos Fernando Henrique Cardoso (1994-1997 e 1998-2002).

Em consonância com a dinâmica internacional do mercado de trabalho, verificou-se também no país o crescimento dos serviços, devido ao deslocamento de parte do emprego industrial para esse setor e a expressiva expansão daqueles ligados ao cuidado com as pessoas, aí incluídas as atividades de atenção à saúde. De fato, os estudos que analisam o mercado de trabalho em saúde apontam que sua dinâmica o distingue dos demais setores econômicos (Girardi, 1999). "Embora as novas tecnologias auxiliem a atividade no setor", ressaltam Dedecca et al. (2005, p.123), "possibilitam apenas uma substituição limitada do recurso humano". Isso significa que o trabalho vivo, mesmo com o intenso processo de tecnologização do atendimento, segue sendo central na saúde (cfr. também Dedecca, 2008 e nesta coletânea; Girardi e Der Maas, 2011).

Assim é que as mudanças anteriormente apontadas não acarretaram com a mesma intensidade, à diferença de outros setores da economia, acentuada redução de postos de trabalho no setor saúde em decorrência da reestruturação produtiva e da introdução de novas tecnologias. De fato, entre 1970 e 1976, a força de trabalho em saúde e o emprego no setor cresceram a uma taxa geométrica média anual de 13,0%, mais do que o dobro da média nacional. Contudo, no período compreendido entre 1976 e 1980 baixou para 8,6% e; entre 1980 e 1984 para 6,2%, chegando a 4,3% entre 1984 e 1987 (Girardi, 1999). Entretanto, quando comparado ao crescimento nos demais setores -- 1,3% no período (1984 a 1987) --, o emprego na saúde praticamente quadruplicou (Médici, 1993, p. 42).

Na década seguinte, a conjuntura de crise poupou o emprego no setor, verificando-se o incremento de postos de trabalho alavancado pela criação do Sistema Único de Saúde em 1988, tanto no que se refere à expansão da rede pública, quanto da rede privada contratada. Esse crescimento deve ser creditado ainda ao “papel atribuído ao setor no elenco de políticas macro-econômicas de sustentação da demanda nacional por força de trabalho; à vulnerabilidade do setor às pressões político-institucionais”; e à sua “missão social” (1999, p.136). Na verdade, o que se tem verificado no campo da saúde, sobretudo nas duas últimas décadas, é o uso intensivo de mão de obra com a exigência correlata de novas qualificações (Silva, 2006; Dedecca, 2005, 2008). Observou-se no mesmo período a crescente feminização do mercado de trabalho em saúde, consolidando uma característica histórica do setor no Brasil e em outros países (Girardi, 1999; Lima, 2010).

Cabe assinalar, entretanto, que o mercado de trabalho em saúde não ficou incólume à políticas liberalizantes que vêm sendo implementadas nos níveis nacional e sub-nacionais de governo. Varella e Pierantoni (2008, p.534) ressaltam que, seguindo a tendência nacional, prevaleceram na saúde formas flexíveis de contratação e o correspondente incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde. Segundo essas autoras, o “Programa Saúde da Família [PSF] pode ser usado como exemplo emblemático da utilização de ‘novas formas’ contratuais (mecanismos de terceirização e outras modalidades de contratos informais) para a inserção de trabalhadores no sistema de saúde” (idem, 2008, p.537). Elas acrescentam que as relações informais de trabalho que vigiram, sobretudo no PSF nos anos 1990 e, de modo geral, no setor público, “mais que cumprir um papel como variável de ajuste da economia, foi acima de tudo um engendramento para burlar as amarras jurídicas e ao mesmo tempo atender a demandas expansionistas do sistema” (idem, p.539), desconsiderando direitos trabalhistas e ameaçando a continuidade e a qualidade da prestação dos serviços. Em perspectiva semelhante, Silva (2006, p.105) aponta, ainda, que a Reforma do Estado – associada ao processo de descentralização da gestão dos serviços – assumiu contornos preocupantes, ao possibilitar a vinculação de novos trabalhadores ao Sistema Único de Saúde através de formas “atípicas” de contratação.

O início do primeiro mandato de Lula foi aguardado com fortes expectativas de mudanças, sobretudo no que se refere às políticas sociais. No caso da saúde esperava-se que a agenda do SUS reafirmasse seus princípios, revisse suas diretrizes, enfrentasse suas contradições e aprimorasse seus mecanismos de gestão. Esperava-se ainda que o novo governo viabilizasse “as condições políticas e técnicas de aprofundar a mudança do modelo de atenção em todos os níveis e de capilarizá-lo até as práticas e o processo de trabalho em saúde” (Morosini, 2010, p. 46). As expectativas para o setor eram muitas e positivas, ressalta a autora, “mesmo considerando-se as críticas feitas por vários militantes e analistas da área da saúde ao programa de governo apresentado durante a campanha eleitoral” (idem, 2010, p. 46).

Contudo, a implantação dos SUS nos moldes constitucionais avançou muito pouco, mantendo-se a precarização e a terceirização dos trabalhadores, a descontinuidade nos repasses financeiros e, de modo geral, fortalecendo-se as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza. De acordo com Bravo e Menezes (2008), permanecem em disputa o modelo público e universalista da saúde e o modelo privatista, oscilando o governo no apoio a um e a outro, conforme diferentes correlações de forças políticas.

Ainda que em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -- SGTES -- do Ministério da Saúde tenha inserido o trabalho e a formação profissional na agenda de formulação das políticas públicas de saúde no país, as questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores permanecem como um dos maiores problemas a ser enfrentado no âmbito do SUS. O caso dos agentes comunitários de saúde é exemplar. Apesar de serem considerados trabalhadores estratégicos para a efetiva implantação do SUS, e mesmo com a longa luta pelo reconhecimento das atividades que desempenham como uma profissão da saúde, os avanços na desprecarização das relações de trabalho a que os ACSs estão submetidos, aí incluída a remuneração digna e o acesso a uma formação técnica adequada, foram bastante tímidos (Vieira, Chinelli e Lopes, 2011, p. 26).

Cabe chamar atenção para o fato de que não são poucos os autores (Merhy, 2002, Ceccim, 2005; Campos, 2000, 2003, por exemplo) para os quais o enfrentamento dessas questões deve ser relacionado à busca de alternativas de gestão dos processos de trabalho. Essas alternativas, que mais recentemente vem sendo objeto de políticas e programas, entre elas a Educação Permanente em Saúde e o Humanizadas, mesmo que pensadas de forma integrada, acabam, muitas vezes, por serem implementadas de forma fragmentada, sem interferir de forma eficaz na redução da precariedade das relações de trabalho de boa parte dos trabalhadores da saúde.

Considera-se que ambas as políticas, ao operarem com a perspectiva de reforço das possibilidades da micropolítica no ambiente de trabalho, acabam por enfatizar que o grau de satisfação/insatisfação no trabalho depende, em grande medida, da própria atuação dos trabalhadores. No entanto, quando esse discurso ganha uma dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, o resultado é o deslocamento da realidade concreta na qual os trabalhadores se inserem, minimizando as tensões, constrangimentos e limites que atravessam a situação real em que os encontros entre trabalhador-usuário acontecem. As políticas vêm sendo conformadas em um intenso contexto de disputa e se insere em uma conjuntura bastante desfavorável à ampliação dos direitos sociais.

3. Qualificação e gestão do trabalho no SUS

Os anos 2000 assistiram à formulação e implementação de políticas de formação profissional em saúde como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) que lograram ampliar o patamar de escolaridade de boa parte dos trabalhadores técnicos em saúde. A partir do final dos anos 1990 o Ministério da Saúde criou esses programas visando a profissionalização de trabalhadores de nível médio. O Profae (1999/2000) buscou reduzir o déficit de auxiliares em enfermagem e apoiar o fortalecimento das instâncias de formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). O Proformar foi criado no início da década de 2000 com o objetivo de formar 85 mil trabalhadores de nível médio do SUS para atuarem na área. O Profaps, em desenvolvimento, tem o objetivo de qualificar cerca de 750 mil trabalhadores em

cursos de Educação Profissional para o setor saúde nas áreas de Radiologia, Bodiagnóstico (Patologia Clínica, Citotécnico e Hemoterapia), Manutenção de Equipamentos, Higiene Dental, Agente Comunitário de Saúde, Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Enfermagem, Cuidadores para pessoas idosas. Entretanto, apesar de centrais na agenda da área da educação na saúde, tais iniciativas não foram acompanhadas de políticas públicas de gestão e qualificação do trabalho em saúde de forma a atender demandas históricas desses trabalhadores. Cabe ressaltar que apesar do estímulo à formação técnica empreendido nos últimos anos, a oferta de cursos de formação profissional propriamente dita por parte do setor público, continua insuficiente e pontual. O crescimento percentual da participação relativa da iniciativa privada na matrícula nos cursos técnicos em geral cresce, entre 1999 e 2009, apenas quatro pontos (de 44% para 48%) enquanto, na área da saúde, esse crescimento é de 12 pontos percentuais (de 63% para 75%) (Vieira et al, 2013, no prelo).

Além disso, como assinala Lima (2007), a concepção abrangente de formação que teve lugar até o início dos anos 1990, vai cedendo espaço a uma "concepção mais restrita, de cunho individualista e voltada prioritariamente para o local de trabalho". Um exemplo dessa perspectiva pode ser verificado na concepção de formação profissional da SGTES, inspirada no modelo das competências, cujo objetivo é "propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e *posturas solidárias* perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais" (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 32, grifos nossos).

A formação profissional em saúde, principalmente a partir de meados dos anos 1990, acompanha um movimento que ocorre em todo o campo da educação brasileira, qual seja, o deslocamento da noção de qualificação para a de competência em correspondência à organização "flexível" do trabalho. Isso significa que o conceito de competência indica as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e pelas maiores exigências de qualidade dos produtos e serviços que, portanto, demandam novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores de caráter, sobretudo, socioafetivos, nem sempre diretamente relacionados ao conhecimento técnico.

Na opinião de Machado (1996, p.21), o conceito de competências implica em um forte apelo à "estrutura subjetiva do ser-do-trabalho". Enfatiza, portanto, mais a pessoa do que o posto de trabalho, destacando qualidades pessoais e formas de cooperação intersubjetivas requeridas pelos novos modelos produtivos. Contudo, Hirata (1997) aponta o risco de sua utilização visto que ele pode "remeter, sem mediações, a um sujeito e a uma subjetividade", enquanto "qualificação é um conceito multidimensional e pode remeter à qualificação do emprego, do posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho, etc." (Hirata, 1997, p. 30-31).

As características do setor de serviços, aí incluído o trabalho em saúde, facilitaram essa rotação teórico-ideológica, principalmente o seu caráter de imprevisibilidade. Trata-se de uma atividade produtiva que por ser "mais dependente do trabalho vivo, torna-se o locus ideal para a absorção do modelo de competência", visto que além da necessidade de saberes técnicos, o trabalhador precisa desenvolver "habilidades subjetivas para resolver imprevistos que surgem no cotidiano do trabalho" (Vieira, Lopes, Durão e Chinelli, 2011). Essa perspectiva está associada à ênfase que vem sendo dada à formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que interferem na formação profissional, privilegiando o processo de trabalho centrado no usuário e que demandam do trabalhador solidariedade, humanização, capacidade de trabalhar em equipe, etc., sendo, portanto, informado pelos modelos de gestão relacionados ao novo paradigma produtivo.

Essas orientações podem ser detectadas nas ideias de autores como Merhy (2002) e Campos (2000; 2003). De acordo com o primeiro, para que haja mudança, é necessário que o modo de produzir a saúde no país seja centrado no usuário, isto é, que seus interesses sejam colocados no centro do processo de trabalho. Ninguém tem dúvidas de que assim deve ser. Contudo, essa é uma questão de princípio que não pode obscurecer o fato de que as condições de trabalho, de formação profissional e as demandas específicas, sobretudo, dos trabalhadores técnicos, boa parte dos quais de condições de vida próximas às da imensa maioria da população atendida pelo SUS, têm sido historicamente negligenciadas e que o "humanismo" preconizado pelas atuais políticas de gestão do SUS, funciona, mesmo que inadvertidamente, como justificativa implícita desse desinteresse

seletivo. Tudo se passou e ainda se passa como se esses trabalhadores fossem portadores de uma solidariedade e um altruísmo imanescentes que deveria levá-los a se engajar em políticas e programas supostamente capazes de reduzir o imenso déficit sanitário do país e, assim, contribuir para colocá-lo definitivamente no rumo do desenvolvimento. Essa responsabilidade, digna de um Hércules moral, recai em grande parte sobre os ombros desses trabalhadores que, além de tudo o mais, ainda precisam assumir grande parte dos ônus de sua qualificação para o bom desempenho das tarefas que lhes são atribuídas. Além disso, como nem sempre podem se ausentar do trabalho por não contar com a compreensão das chefias os cursos de formação profissional são muitas vezes realizados fora do horário de trabalho, aumentando-lhes consideravelmente a jornada de trabalho. Não é raro também a utilização de parte de seus salários para o pagamento de colegas que os substituem em nessas ausências.

Desse ponto de vista, parece no mínimo curioso que, enquanto a literatura crítica vem se posicionando com pessimismo crescente quando se trata de abordar as consequências das transformações no mundo do trabalho contemporâneo sobre os trabalhadores, os intelectuais envolvidos na discussão prática, operacional da saúde pública brasileira, sejam incansáveis ao afirmar que, apenas a partir de mudanças na gestão do trabalho, é possível reorientar significativamente o funcionamento do SUS.

Com isso se quer dizer que o trabalho e a formação profissional na saúde devem ser encarados como dimensões centrais da luta pela retomada do projeto da reforma sanitária, incorporando assim a valorização e o reconhecimento dos trabalhadores, elementos fundamentais para uma prestação de serviços de saúde ajustada à dignidade humana. Por isso mesmo, se considera que o conceito de qualificação é o que melhor se coaduna com essa perspectiva, na medida em que coloca o trabalhador como sujeito de suas próprias ações: ela é resultante de suas lutas materiais e simbólicas por melhores condições de trabalho e por uma vida em sociedade cujo significado ultrapasse o interesse individual, possibilitando orientar-se por e para um projeto emancipatório.

Enfim, cabe ressaltar que o conceito de competência, elaborado a partir de uma visão do mundo social em que o modelo de referência é a empresa do “novo

capitalismo”, investe pesadamente na dimensão subjetiva para forjar o novo trabalhador. Por isso, assume-se o conceito de qualificação como mais pertinente a um debate mais aberto a respeito das políticas de regulação do trabalho e da educação na saúde. Esse conceito, construído a partir das lutas sociais, contempla não só a dimensão histórica e cultural do trabalho, como também os aspectos que se referem ao processo de trabalho e ao modo de ser do trabalhador, permitindo captar a relevância das questões da subjetividade e do reconhecimento no trabalho.

Nesse sentido, o conceito de qualificação deveria constituir-se como estruturante das políticas de trabalho e formação profissional no SUS, o que, com base em Castro (1993, p.45), implica em:

- e) politizar o conceito de processo de trabalho, reconhecendo “o mundo do trabalho como um âmbito da produção e regulação *política* de relações sociais”;
- b) considerar, além da experiência de classe, o papel de outras instancias e instituições sociais, inclusive as organizações dos trabalhadores, na construção de sua qualificação;
- c) compreender relações entre os processos de qualificação e o mercado de trabalho como histórica e culturalmente construídas, tanto do ponto de vista do trabalhador, quanto do capital;
- d) reconhecer que o processo de trabalho não é apenas espaço de produção de bens ou serviços, mas também de construção e expressão da subjetividade/intersubjetividade (Saviani, 2003) dos trabalhadores, fruto de múltiplas determinações.

Em síntese, considera-se que a dinâmica do processo de qualificação constitui uma mediação que relaciona dialeticamente aspectos que remetem às transformações em curso no mundo do trabalho – tecnológicas, ideológicas e de gestão da força de trabalho – e a formação profissional, com questões que dizem respeito à organização e à regulação das relações de trabalho. O processo de qualificação constitui, então, uma arena política na qual “são disputadas

credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações vigentes no mundo do trabalho” (Vieira, Lopes, Durão e Chinelli, 2011, p. 29).

4. Trabalho e reconhecimento no SUS

A crescente diferenciação interna do trabalho está associada a uma profunda revisão de valores, inclusive daqueles que dizem respeito mais especificamente ao mundo do trabalho. Uma das características do capitalismo contemporâneo é a incerteza advinda do que se costuma chamar de cultura da flexibilidade. Imerso nessa cultura, na opinião de Sennet (2006, p.12/13), o indivíduo viveria em constante migração "de uma tarefa para outra, de um emprego para outro, de um lugar para outro", o que lhe acarretaria dificuldades de cuidar de si mesmo e das demais relações e o obrigaria "a improvisar a narrativa de sua vida, e mesmo a se virar sem um sentimento constante de si mesmo".

Ainda que o novo paradigma produtivo demande trabalhadores com capacidade para executar diversas tarefas que utilizam graus crescentes de flexibilidade, interdisciplinaridade, autonomia e criatividade, relacionadas com a reorganização do processo de trabalho, o que se requer é que eles sejam, sobretudo, multifuncionais, continuando a maioria refém de tarefas repetitivas e desprovidas de ligação com o processo de produção de uma subjetividade mais plena (Antunes, 2000, 2010).

Embora se admita a possibilidade de a construção subjetiva do trabalhador passar contemporaneamente por outros espaços de pertencimento, o trabalho, seu lugar na sociedade e o sentido que lhe é atribuído continua sendo a dimensão central da constituição do sujeito (Sainsalieu, 2001).

Na maior parte dos casos, os trabalhadores se esforçam para fazer o melhor e esperam que essa contribuição seja reconhecida. A ausência desse retorno resulta em sofrimento devido à desestabilização do referencial em que se apóia a subjetividade (Dejours, 2000). A nova cultura do trabalho tende a desconsiderar qualificações formadas no paradigma taylorista-fordista de organização do trabalho, e a valorizar "competências não apenas técnicas, mas também sociais e culturais, que pegam no contrapé a cultura profissional tradicional" da maioria dos trabalhadores (Castel, 1998, p.517/518).

Nesse sentido, o reconhecimento não é uma reivindicação secundária daqueles que trabalham, aparecendo como decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva no trabalho e na constituição das formas de identidade (Dubar, 2001), dele dependendo o sentido do sofrimento. Quando a qualidade do trabalho é reconhecida, os dramas da atividade produtiva adquirem sentido, tornando o reconhecimento um elemento fundamental no plano da construção da subjetividade do trabalhador que se transforma a partir dele. Não havendo reconhecimento de seu trabalho e sem alcançar o sentido de sua relação com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento (Dejours, 2000).

De fato, o atual estágio dos estudos com trabalhadores técnicos do SUS realizados no âmbito do Observatório dos Técnicos em Saúde, corroboram essa interpretação. Para boa parte dos trabalhadores de nível médio, em particular, o momento de início da vida profissional não é uma etapa de um projeto profissional claramente definido que se desdobra de forma linear ao longo da vida. Constitui antes uma escolha conjuntural, condicionada por escassas oportunidades de trabalho, pela disponibilidade de baixo capital social e cultural, pelo nível de escolaridade/qualificação, pelas estratégias de vida pessoais e familiares, etc. Esse caráter contingente pode tornar-se, ao longo dos anos, uma armadilha, na medida em que a insatisfação com a inserção profissional permanece e se manifesta na forma de reiteradas especulações sobre escolhas de valorização profissional que não foram/não puderam ser feitas. Manifesta-se também na forma de expectativas não realizadas no que se refere a melhores possibilidades de alcançar postos de trabalho mais qualificados; melhor remuneração salarial; melhores condições de trabalho e de reconhecimento, etc. É necessário acrescentar, ainda, que o momento de ingresso no serviço público, dependendo da dinâmica própria de cada grupo ocupacional, da geração, tipo de vínculo, instância de governo, gênero e tempo de trabalho, revela expectativas materiais e simbólicas diferenciadas com relação ao trabalho no SUS. Diante dessas questões, tornar-se servidor público do SUS, ao contrário do que diz o senso comum, não configura, para a maioria dos trabalhadores, uma situação social privilegiada.

Note-se ainda que para alguns grupos ocupacionais, como os agentes administrativos e os agentes comunitários de saúde, a não exigência de formação profissional específica para ingresso na ocupação, fragiliza a construção de sua identidade como trabalhador da saúde. Do mesmo modo, boa parte dos trabalhadores de nível médio não tem uma clara definição da área de atuação, definindo-se a lotação nos setores muitas vezes pelas necessidades de gestão da unidade, e não pela qualificação. A maioria desses trabalhadores transita pelos diversos setores que compõem o campo geral de atuação na unidade, caracterizando uma utilização multifuncional imposta à força de trabalho disponível.

Em síntese, parte dos trabalhadores de nível médio persegue objetivos profissionais, empenhando-se para alcançá-los. A profissão desejada é buscada no plano das iniciativas de formação profissional, mas as possibilidades de concretizar essa formação no plano da inserção no mercado de trabalho em saúde são reduzidas. Seus esforços são, na maioria das vezes, frustrados pelas condições objetivas de suas vidas, condicionadas pela divisão social e técnica do trabalho contemporâneo.

Assim, ainda que parte considerável da literatura acerca da atual configuração do trabalho em saúde enfatize os vínculos precários como relevantes para a dificuldade de aquisição dos valores de reconhecimento profissional, nossos estudos sinalizam que mesmo com um vínculo empregatício estável, muitas vezes os trabalhadores técnicos encontram-se envolvidos em relações de trabalho pouco coerentes e instáveis, seguindo em busca de uma qualificação que raramente se realiza em termos objetivos.

5. Considerações finais

Procurou-se no texto empreender uma reflexão crítica sobre o tema da organização e das relações de trabalho no SUS, na tentativa de dialogar com estudos que enfatizam a prática cotidiana dos trabalhadores como instância onde seria possível promover as mudanças que ao fim e ao cabo todos - intelectuais, gestores, trabalhadores e usuários – acreditam serem fundamentais para a efetiva implantação do SUS tal como preconizado pela reforma sanitária. Com este

objetivo buscou-se certo afastamento de estudos que vem operando, de maneira crescente, com idéias e conceitos que não destacam as disputas teóricas e ideológicas do campo do trabalho e da formação profissional na saúde, contribuindo, muitas vezes, para a formulação de políticas baseadas na responsabilização dos trabalhadores pela qualidade do serviço prestado. Cabe assinalar que, por isso mesmo, conforme apontado por mapeamento da produção acadêmica sobre o tema trabalho e educação na saúde, boa parte dos estudos se debruçam, sobretudo, sobre a formação profissional, muitos dos quais, inclusive, enfatizam os aspectos especificamente pedagógicos da formação. O trabalho e a qualificação dos trabalhadores, sob o ponto de vista adotado neste artigo, estão praticamente ausentes, fragilizando o campo do trabalho na saúde pública (Brito Quintana, 2002; Morosini, 2010). O Grupo de Pesquisa Trabalho e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/UFB, ligado ao GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco, está concluindo sob a coordenação de Isabela Cardoso, pesquisa sobre o tema que corrobora esta afirmação.

Segue-se daí que os projetos e programas relacionados à organização do trabalho e à capacitação dos trabalhadores do SUS estão, de modo geral, afastados de seus interesses, necessidades, dificuldades e aspirações, o que significa dizer que também não consideram os interesses, necessidades, dificuldades e aspirações dos usuários do sistema. Daí a ênfase que este artigo coloca na necessidade de analisar a relação trabalho e educação no SUS a partir da compreensão historicamente multideterminada da qualificação, levando-se em conta a constituição dos grupos ocupacionais, assim como as concepções que os sujeitos políticos coletivos envolvidos nesses processos possuem acerca do trabalho e da educação profissional em saúde. Isso inclui, ainda, perceber de que forma esses trabalhadores estão organizados e identificar se e como o tema aparece na agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Essa perspectiva analítica permite trazer à tona o ponto de vista do trabalhador sobre seu trabalho e inserção profissional, o que significa ampliar a compreensão do significado contemporâneo do trabalho na saúde, considerando tanto os movimentos em curso no mercado de trabalho – aumento do emprego e da escolaridade; precarização/desprecarização das relações de trabalho -, quanto suas estratégias de vida e suas percepções sobre o trabalho que realizam e suas

trajetórias profissionais, muitas vezes também precárias a ponto de não permitirem vislumbrar a construção de um percurso dotado de sentido. Enfim, procurou-se destacar que cabe à gestão do trabalho no sistema único de saúde reconhecer e acolher essa tensão entre ocupação e formação e elaborar alternativas para seu enfrentamento.

Referências

- ALVES, Giovanni e CORSI, Francisco L. Apresentação. Dossiê Globalização. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 19, p. 7-10, nov. de 2002.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. Ed. Cortês, São Paulo, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Boitempo, 2000.
- ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In GUIMARÃES, Cátia et al (orgs). *Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2010.
- BOLTANSKI, L. e CHIAPELLO, E. *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madri, Ed. Akal S. A., 2002.
- BRAVO, Maria I. S. Entrevista. *Cadernos Especiais*, n. 6. Disponível em <http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/cadespecial6.pdf>. 10/01/2011.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz C. *A reforma administrativa do setor saúde*. Brasília, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998.
- BRITO QUINTANA, Pedro E. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. In *Anales*. Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, 3. Buenos Aires, maio 2000.
- _____. Apresentação. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, v. 8, n. 15, 2002.
- CAMPOS. G.W.S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003.
- CARELLI, Rodrigo de L. Terceirização e direitos trabalhistas no Brasil. In: DRUCK, Graça e FRANCO, Graça. *A perda da razão social do trabalho. Terceirização e precarização*. São Paulo, Boitempo, 2007.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, Vozes, 1998.

CASTRO, Nadya de A. "Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna". In MACHADO, L. et al. *Trabalho e Educação*, Campinas, Papyrus/Cedes/Anped, 1992.

CASTRO, Nadya de A. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 4, n. 45, ago. 1993.

CECCIM, R. B. "Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário". In *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, n.16, set.2004/fev. 2005.

CHINELLI, Filippina. Trabalhadores ou "colaboradores"? Estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Educação, UFF, 2008.

_____; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. Reconfiguração Gerencial do Estado Brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In VIERA et al. (orgs). *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2011.

DEDECCA, Cláudio S. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 87-103, julho/dezembro de 2008.

_____; ROSANDISKI, Eliane N; CARVALHO, Marcelo S. de Carvalho e BARBIERI, Carolina V. *A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 1, p. 123-142, 2005.

DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, FGV, 2000.

DUBAR, Claude. Identidade profissional em tempos de bricolage (entrevista com Claude Dubar). Rio de Janeiro, *Revista Contemporaneidade e Educação*, 9:152-156, 2001.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito, In FRIGOTTO, G. (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*, Petrópolis, Vozes, 2001.

GIRARDI, Sábado N. *Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões*. In SANTANA, J. Paranaguá e CASTRO, Janete L. de (orgs.). CADRHU. MS/OPAS/UFRGN, 1999.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In FERRETTI, Celso et al. (orgs.). *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis, Vozes, 1994.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo, Editora 34, 2003.

- LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. *Trabalho Necessário*, v. 5, n. 5, 2007. Em <http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>. Acesso em 17 dez. 2010.
- LIMA, Júlio César França. Política de Saúde e Formação profissional dos trabalhadores Técnicos de enfermagem. Tese de Doutorado. PPFH, UERJ, 2010.
- MACHADO, Lucília. Qualificação do trabalho e relações sociais. In FIDALGO, Fernando S. (org). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: MCM, 1996.
- MÉDICI, André C. "Mercado de trabalho em saúde no Brasil. Desafios para os anos 90". *Cadernos RH Saúde*, vol.1, no.3, 1993.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 2002.
- MOROSINI, Márcia Valéria. *Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Rio de Janeiro, EPSJV, 2010.
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo, AnnaBlume, 1998.
- SAINSAIEU, R. A identidade no trabalho ontem e hoje. *Contemporaneidade e Educação*, Rio de Janeiro, ano 7, n.9, p. 56-73, 1o. sem. de 2001.
- SAVIANI, Dermeval. Perspectiva marxiana do problema da subjetividade - intersubjetividade. Conferência proferida no I Seminário Internacional sobre Filosofia e educação. Passo Fundo, Minas Gerais, 29/09/2003.
- SENNETT, Richard. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro, Record, 2006.
- SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro. Dissertação de Mestrado. Instituto de Economia/UNICAMP, 2006.
- TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. O que há de novo no debate da qualificação do trabalho? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, USP, 2002.
- THÉBAUD-MONY, A. e DRUCK, G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In DRUCK, G. e FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo, Boitempo, 2007.
- VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, set. de 2008.

VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; e LOPES, Marcia R. (orgs). *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

VIEIRA, Monica et al. Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde, Brasil Anos 2000 In coletânea Qualificação Profissional em Saúde: a conformação de grupos profissionais. Observatório dos Técnicos em Saúde, EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

Apêndice C

Formação técnica em saúde e grandes regiões no Brasil, 1ª década do século XXI.

Formação Técnica em Saúde e Grandes Regiões Brasil, 1ª década do século XXI

1. Atualização do banco de dados da educação profissional em saúde

O Banco de Dados da Educação Profissional em Saúde foi construído a partir dos dados disponibilizados pelo Censo Escolar da Educação Básica, que é uma pesquisa declaratória realizada anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Criado com a finalidade de nortear as decisões da política para o setor, o Censo informa, dentre outros aspectos, sobre aprovação, reprovação e abandono, sendo utilizado para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e como indicador para o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), do Ministério da Educação (MEC). Também registra informação sobre a educação infantil, fundamental, média e de Jovens e Adultos (EJA). O censo escolar coleta dados sobre estabelecimentos, matrículas, funções, movimento e rendimento escolar. Realizado desde 1995, apenas a partir de 2001, o Censo Escolar passa a coletar dados sobre a educação profissional técnica.

A partir dos microdados relativos ao Censo Escolar, disponibilizados pelo MEC/Inep, foi construída uma base de dados específica sobre a educação profissional técnica em saúde, abrangendo informações a partir de 2001 a 2011.

O presente documento tem como objetivo ser um instrumento inicial de sistematização e divulgação da série histórica obtida a partir do processamento desses dados, apresentando gráficos e tabelas, assim como sintetizando algumas interpretações preliminares com relação as principais características e tendências observadas no desenvolvimento desta modalidade de educação na década estudada. Evidentemente, as análises não se esgotam aqui, uma vez que a dinâmica desse trabalho é contínua, tendo em vista os objetivos do Observatório dos Técnicos em Saúde.

Censo Escolar

- É uma pesquisa declaratória que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, abrangendo a Educação Básica: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, e tem a Escola como unidade de informação.

- Blocos específicos: curso normal de nível médio, educação especial, educação de jovens e adultos e educação profissional técnica.
- O levantamento é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP-MEC), em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação.
- Periodicidade: Anual. É obrigatório para todas as escolas públicas e privadas.
- Disponível de 1995 – 2012 (Download). Os dados da educação profissional técnica estão disponíveis a partir de 2001.
- Formato – Microdados.
- Custo – Livre, só realizar o download ou enviar CD para o INEP-MEC.
- Finalidade: Formular, implementar e avaliar a política educacional e a distribuição de recursos federais para os Estados, Municípios e Escolas. Os dados da matrícula são a principal base de referência para a distribuição de livros didáticos e uniformes, merenda escolar, transporte escolar, implantação de bibliotecas, etc.
- Produz informações sobre o rendimento (aprovação e reprovação) e movimentação (abandono), sendo utilizado também para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).

Censo Escolar – Variáveis Anos: 2001 a 2011

- Natureza Jurídica: público e privado
- Esfera administrativa: Público - Federal, Estadual e Municipal; Privado: privado, confessional, filantrópica e comunitária.
- Localização geográfica: Brasil, Grandes Regiões e Unidade da Federação.
- Número de estabelecimentos, matriculados e concluintes, sexo, faixa etária, turno, carga horária, cor/raça, cursos oferecidos e modalidade de oferta (médio integrado, concomitante e subsequente).

Desenvolvimento regional e situação geral da educação no Brasil na 1ª década do século XXI

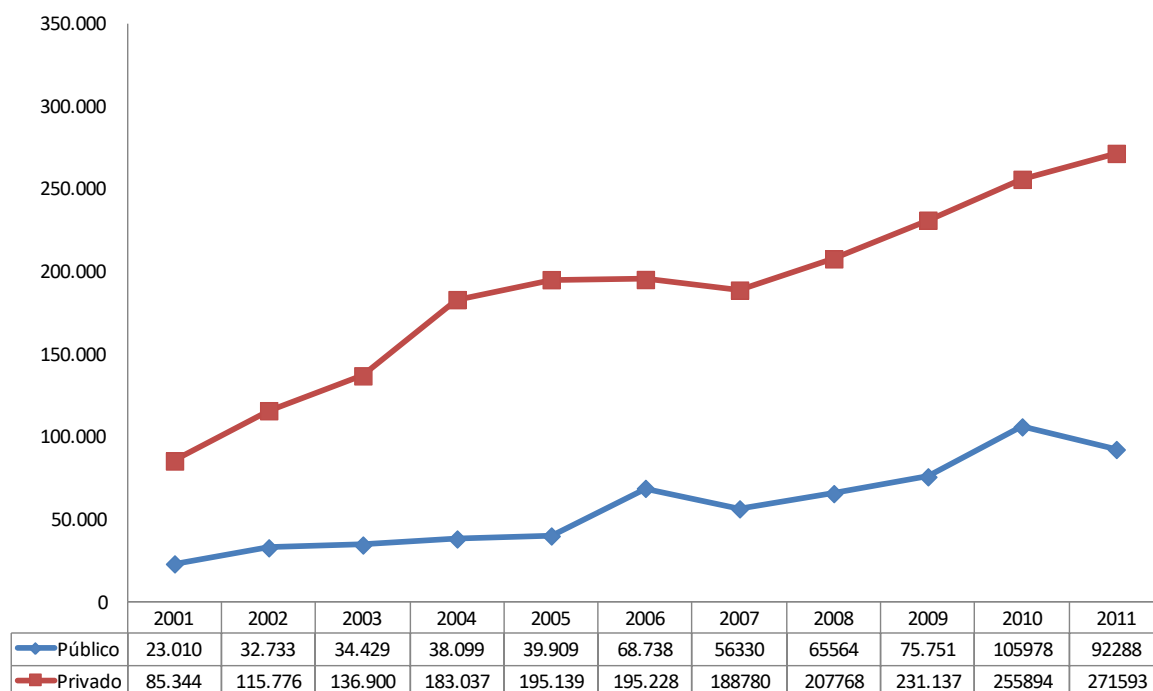
- O novo padrão de crescimento focado na produção e no consumo de massa (...) teve impactos regionais diferenciados e favoreceu especialmente Norte e Nordeste (BACELAR, 2013, p. 161).

- O aumento real do salário-mínimo (...) teve impacto mais forte no NE, onde 45% dos ocupados recebem até 1 salário mínimo (...) do que no SE, onde esse percentual é de apenas 17,6%, segundo dados da PNAD/IBGE (BACELAR, 2013, p. 162).
- (...) do ponto de vista demográfico está em curso no Brasil uma alteração da composição etária da população, pois há menos nascimentos e as pessoas estão vivendo mais. Além disso, a localização da população, no território nacional está mudando. O CO, parte do N e a porção oeste do NE, por exemplo, antes pouco ocupados, agora estão se adensando econômica e demograficamente. (BACELAR, 2013, p. 164).
- Oferta de ensino médio e educação profissional, assim como de ensino superior, se interiorizaram e buscaram regiões menos desenvolvidas do país.

Situação geral do trabalho

- No início do sec. XXI, somente o setor terciário tem registrado aumento na sua posição relativa em relação ao PIB (...), respondendo atualmente por dois terços de toda a produção nacional, enquanto os setores primários e secundários perderam respectivamente 44,9% e 27,7% de suas participações relativas no PIB. (POCHMAN, 2013, p. 148).
- (...) a pobreza caiu mais de 30% desde 2003 o Brasil conseguiu voltar a permitir a ascensão social para milhões de brasileiros, após mais de duas décadas de congelamento das oportunidades educacionais, de renda e de ocupação. (POCHMAN, 2013, p. 148).
- A grande parte dos postos de trabalho gerados concentrou-se na base da pirâmide social, uma vez que 95% das vagas abertas tinham remuneração mensal de até 1,5 salário mínimo. (POCHMAN, 2013, p. 149).

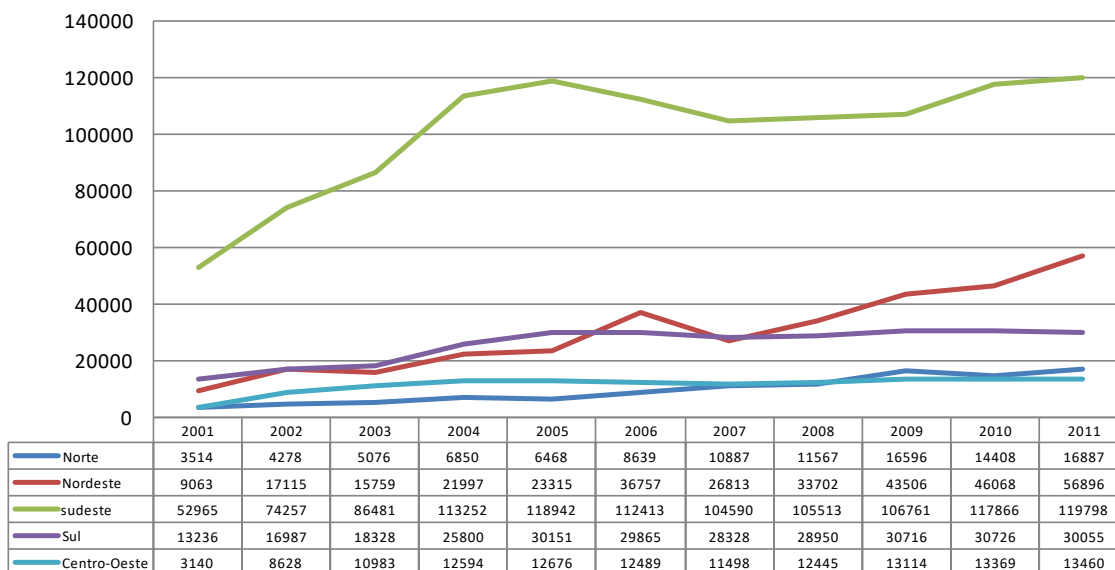
Gráfico 1 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico em saúde, por dependência administrativa. Brasil: 2001-2011



- Em 2001 a existência de 108.354 matriculados, o que correspondia a pouco mais de 23% do total da educação profissional;
- Predominância do setor privado na área da saúde que, em 2001, era responsável por, aproximadamente, 79% da formação técnica de nível médio, ao passo que, naquele mesmo ano, na educação profissional de nível técnico no geral aproximadamente 50% das matrículas eram de responsabilidade do setor privado;
- A maior participação do setor privado na formação técnica em saúde cresceu ao longo da década estudada, de tal maneira que em 2011 menos de um terço (37,4%) dos matriculados em cursos técnicos na área da saúde desenvolviam sua formação em escolas técnicas públicas.

Gráfico 2 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico em saúde, por grandes regiões. Brasil: 2001-2011

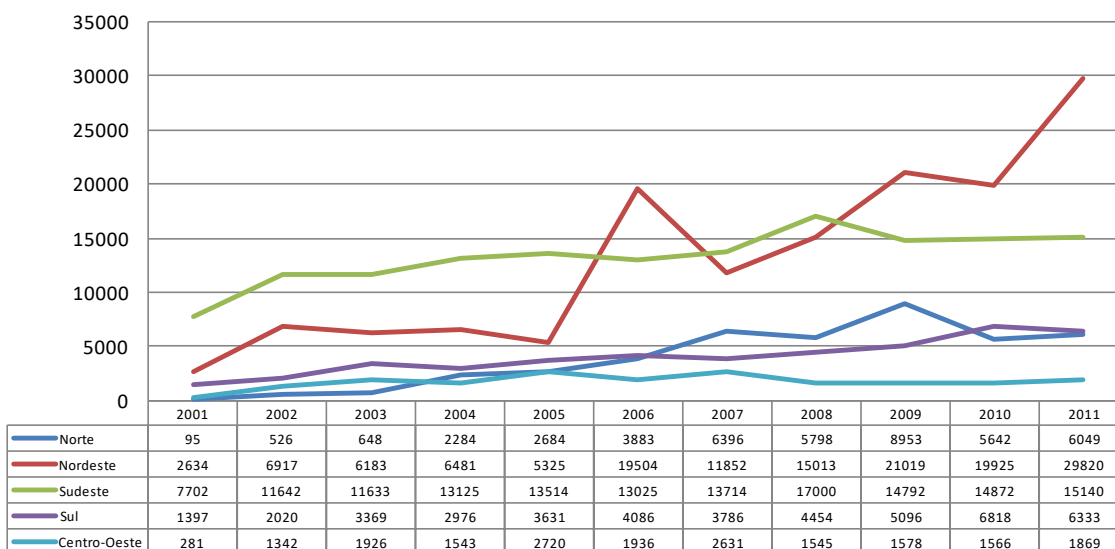
Matriculados, segundo Grandes Regiões - Brasil - 2001-2011



- A região sudeste representava 65% em 2001 passando para 50% em 2011 com pico em 2005 caindo até 2008 e a partir de então se retomando;
- O nordeste cresceu de 11% em 2001 para 24% em 2011.

Gráfico 3 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico em saúde, por grandes regiões e dependência administrativa. Brasil: 2001-2011

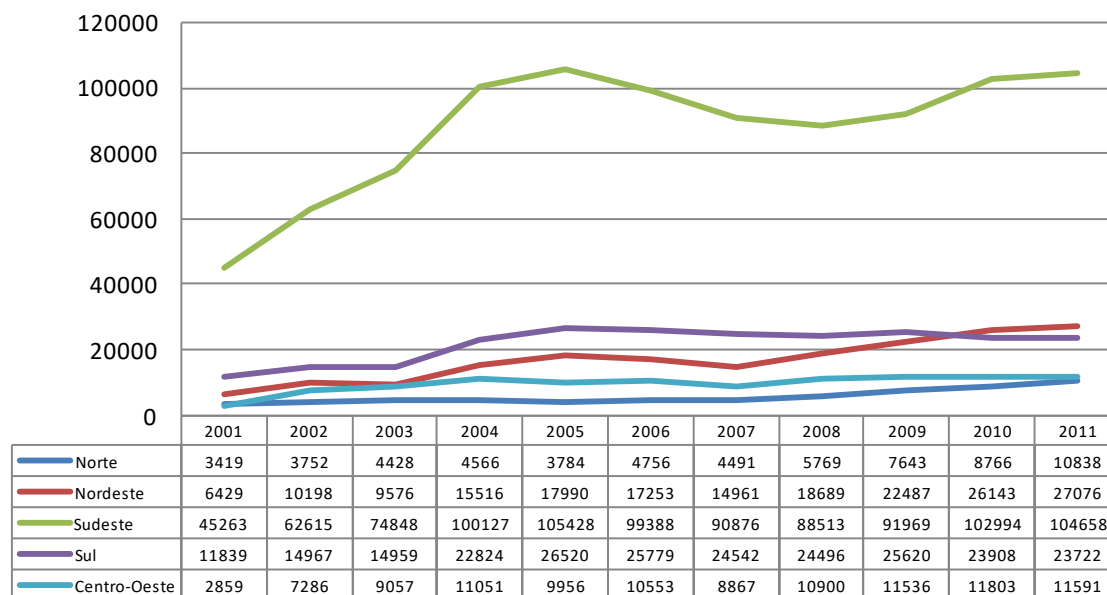
Matriculados Público, segundo Grandes Regiões - Brasil - 2001-2011



- Apesar dos altos e baixos no crescimento da região Nordeste foi efetivo passando de 21% em 2001 para 50% em 2011. O Sudeste parece “estagnado”

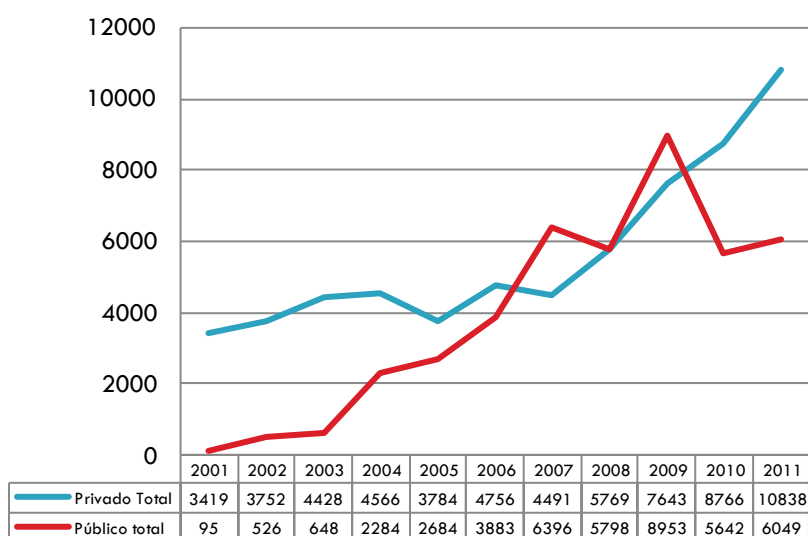
a partir de 2009.

Matriculados Privado, segundo Grandes Regiões - Brasil - 2001-2011



- A região sudeste representava 65% em 2001 passando para 59% em 2011 com pico em 2005 caindo até 2008 e a partir de então se retomando.
- Duas grandes regiões apresentaram crescimento, Norte e Nordeste, a partir de 2007.

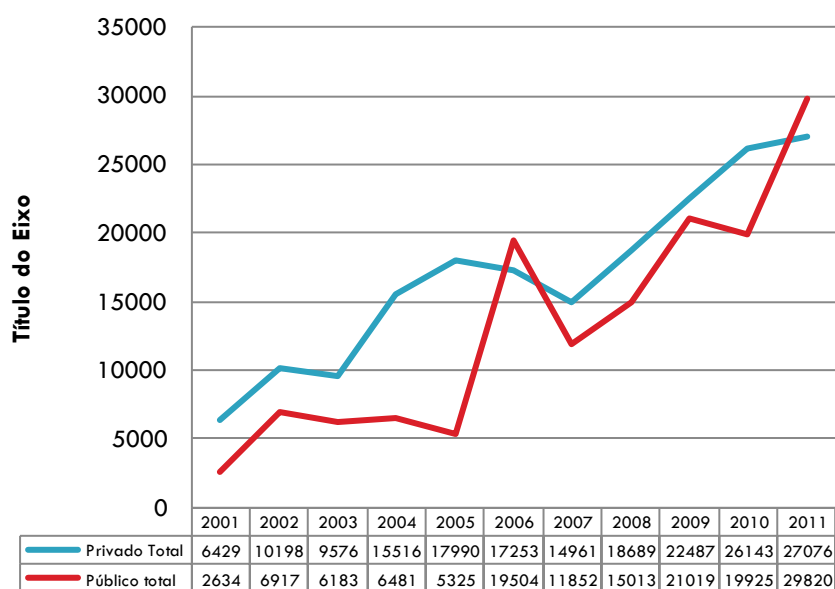
Norte - Privado x Público



- Início da década com predominância quase absoluta do privado. (2001: 2,7% público; 2011: 35,8% público;

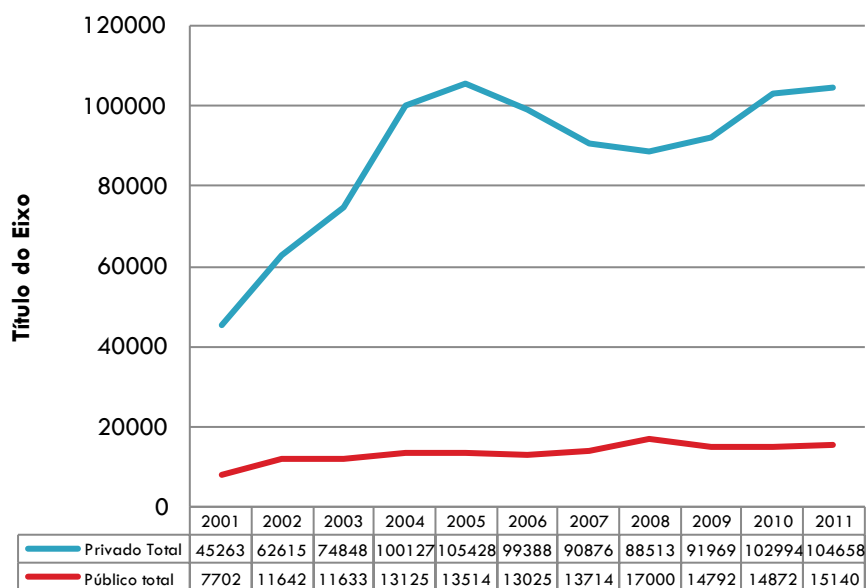
- Crescimento mais significativo do público até 2009;
- Presença significativa da matrícula pública, principalmente entre 2005 a 2009.
- Reflexo da expansão da matrícula pública de formação para ACS (comunitários);
- Tendência de crescimento do privado a partir de 2007;
- Retração do público, entre 2009 e 2010, indicativo de recuperação a partir de 2011;
- Privado recupera predominância a partir de 2010.

Nordeste - Privado x Público



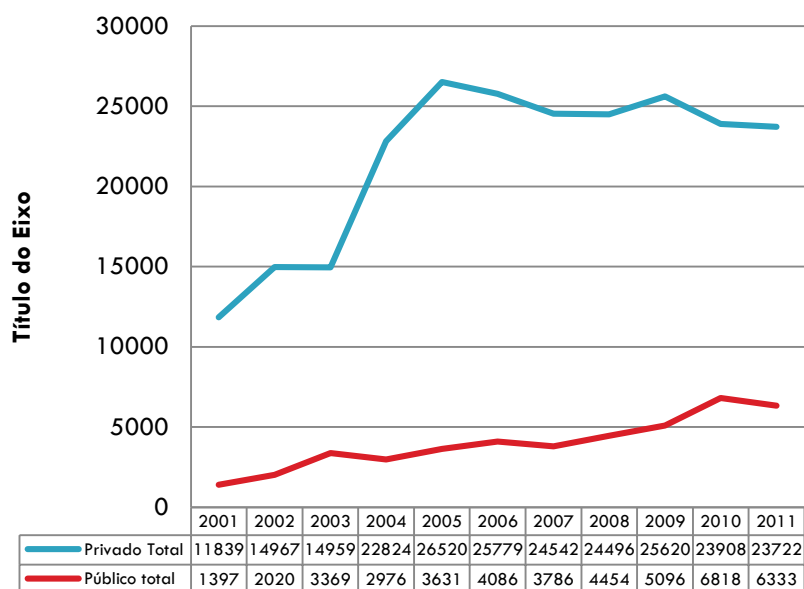
- Início da década com maior presença do privado. (2001: 29% público; 2011:52,4%);
- Tendência de crescimento constante do privado na década.
- Crescimento mais significativo do público a partir de 2006, com oscilações até o final da década;
- Leve indicativo da matrícula pública superar a matrícula privada, a partir de 2011.

Sudeste - Privado x Público



- Predominância do privado do início ao final da década (Público 2001: 14,6%; 2011: 12%);
- Retração da matrícula de formação técnica pública e principalmente privada a partir de 2006 até 2009;
- Tanto privado como público dobram seu quantitativo de matriculados em relação a 2001.

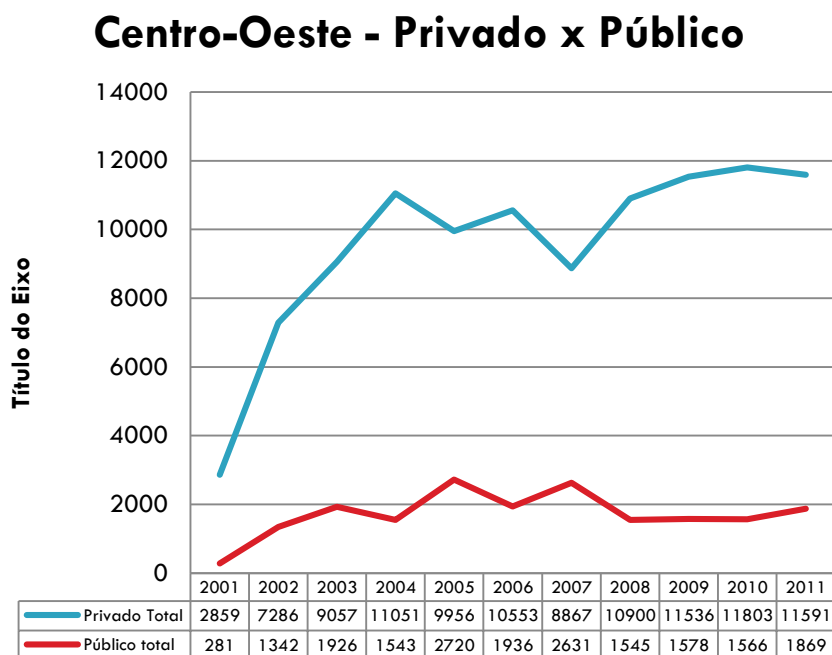
Sul - Privado x Público



- Predominância do privado do início ao final da década (Público 2001: 10,5%;

2011: 21,1%);

- Explosão da matrícula privada entre 2003 e 2005. Leve diminuição da matrícula privada até o final da década;
- Crescimento acentuado da matrícula pública. Em 2011, matrícula pública é 4,5 vezes superior àquela apresentada em 2001;
- Em 2011, matrícula privada é aproximadamente o dobro da matrícula de 2001.



- Predominância do privado do início ao final da década (Público 2001: 8,9%; 2011: 13,9%);
- Explosão da matrícula privada entre 2001 e 2004. Oscilação de 2005 a 2007 e retomada do crescimento a partir de 2008 até 2010;
- Tendência geral de crescimento das matrículas tanto públicas quanto privadas, sendo que no período 2004-2008 observa-se oscilação complementar entre público e privada (quando o público cresce, o privado diminui e vice-versa);
- Crescimento acentuado da matrícula pública. Em 2011, matrícula pública é 4,5 vezes superior àquela apresentada em 2001;
- Em 2011, matrícula privada é aproximadamente o dobro da matrícula de 2001.

Relação das habilitações técnicas com os grupos ocupacionais estudados na pesquisa

Grupos ocupacionais segundo a Classificação Brasileira de Ocupações

1. Enfermagem
2. Saúde Bucal
3. Vigilância em Saúde
4. Comunitários da saúde
5. Óptica e Optometria
6. Exames Laboratoriais e de Imagem
7. Ortopedia
8. Terapias alternativas

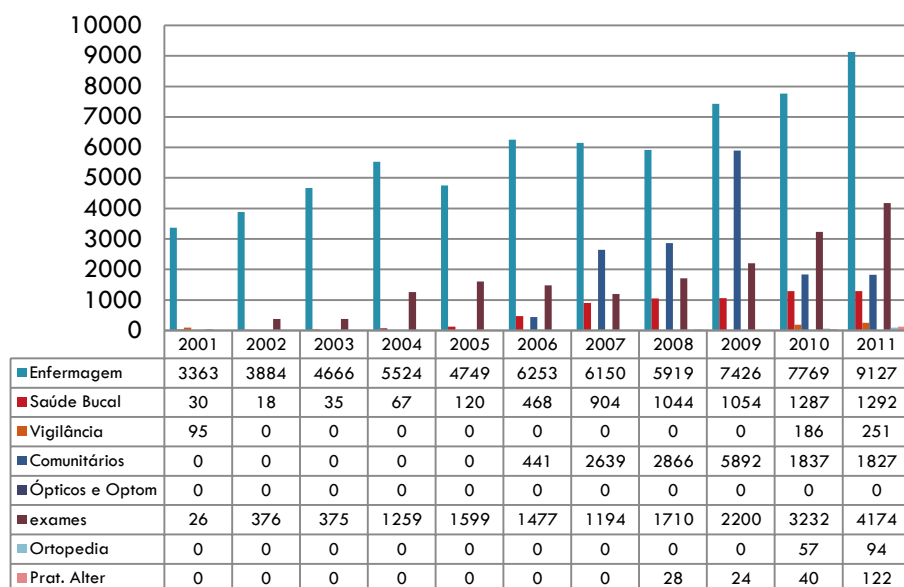
Habilitações segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos

1. Enfermagem (Técnico em enfermagem; Auxiliar de enfermagem (2001 a 2008); Especialização em Técnico de enfermagem do trabalho, UTI, Geronto-Geriatria, Instrumentação, Centro Cirúrgico, Saúde Pública (2001 a 2008); Auxiliar Técnico de Instrumentação Cirúrgica (2001 a 2008); Técnico em Instrumentação Cirúrgica (2001 a 2008);
2. Saúde Bucal (Saúde Bucal (2009 a 2011); Prótese Dentária (2009 a 2011); Auxiliar de Laboratório de Prótese Dentária, Auxiliar de consultório dentário, Técnico em prótese, Técnico em higiene Dental, Técnico em Laboratório de Prótese Dentária (2001 a 2008);
3. Vigilância (Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (2001 a 2008); Vigilância em Saúde (2009 a 2011);
4. Comunitários (Técnico em Saúde Comunitária, Técnico Agente Comunitário de Saúde (2001 a 2008), Agente Comunitário de Saúde (2009 a 2011);
5. Ópticos e Optometristas (Técnico em Optometria, Técnico em Ótica (2001 a 2008), Óptica (2009 a 2011);
6. Exames (Auxiliar em Análises Clínicas, Técnico em Laboratório de Análises Clínicas, Técnico em Biodiagnóstico em Saúde, Técnico em Citologia, Técnico em Radiologia, Técnico em Biotecnologia (2001 a 2008), Análises Clínicas, Biotecnologia, Citopatologia, Radiologia (2009 a 2011);
7. Ortopedia (Técnico em Imobilização Ortopédica, Especialização em Imobilização Ortopédica (2001 a 2008);
8. Práticas alternativas (Massagem Massoterapia, Acupuntura, Quiropraxia,

Shiatsu, Terapia Corporal, Terapia Floral, Yoga, Naturopatia – 2001 – 2008; a partir de 2009 apenas Massoterapia)

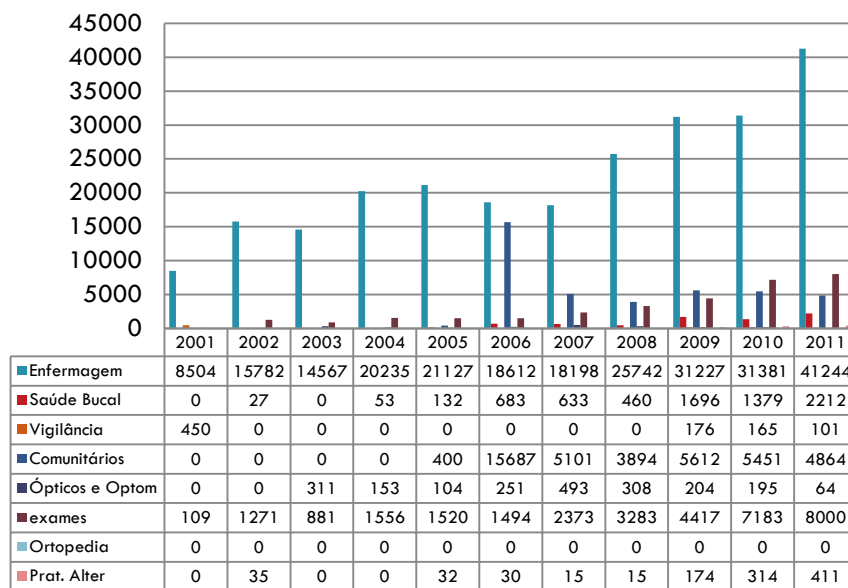
Formações técnicas relativas aos grupos ocupacionais estudados, total de matriculados.

Norte



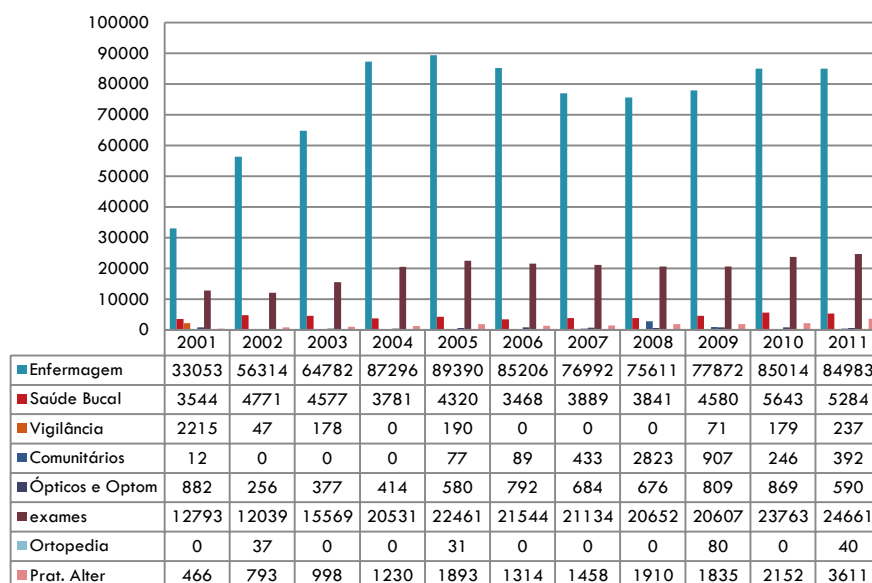
- Predominância da matrícula em enfermagem do início ao final da década;
- Diversificação da matrícula entre as formações técnicas estudadas, a partir de 2006;
- Enfermagem triplica matrícula entre o início e o final da década;
- Saúde Bucal tem crescimento exponencial. A matrícula em 2011 é 43 vezes superior a matrícula em 2001;
- Vigilância: interrompe a matrícula no período 2002 a 2009;
- Comunitários: matrículas apenas a partir de 2006, com pico em 2009.
- Ópticos e Optometristas: não há matriculados em todo o período;
- Exames: crescimento da matrícula em todo o período, destacando-se os últimos anos;
- Ortopedia: matrícula inexistente até 2009 e pouco expressiva em 2010 e 2011;
- Práticas alternativas: matrícula inexistente até 2007 e pouco expressiva a partir de então.

Nordeste



- Predominância da matrícula em enfermagem do início ao final da década. Diversificação da matrícula entre as formações técnicas estudadas, a partir de 2006;
- Em 2011, matrícula em enfermagem é 4,9 vezes maior do que em 2001;
- Saúde Bucal: matrícula sai de zero em 2001 e vai para mais de 2.200 em 2011;
- Vigilância: interrompe a matrícula no período 2002 a 2009;
- Comunitários: matrículas apenas a partir de 2005, com pico em 2006, quase se aproximando da matrícula em Enfermagem;
- Ópticos e Optometristas: matrículas a partir de 2003, com pico em 2007 e redução gradativa até 2011;
- Exames: crescimento da matrícula em todo o período, destacando-se os últimos anos. Matrícula em 2011 é 73 vezes superior a matrícula em 2001;
- Ortopedia: matrícula inexistente na década estudada;
- Práticas alternativas: matrícula quase inexistente até 2008 e pouco expressiva a partir de então.

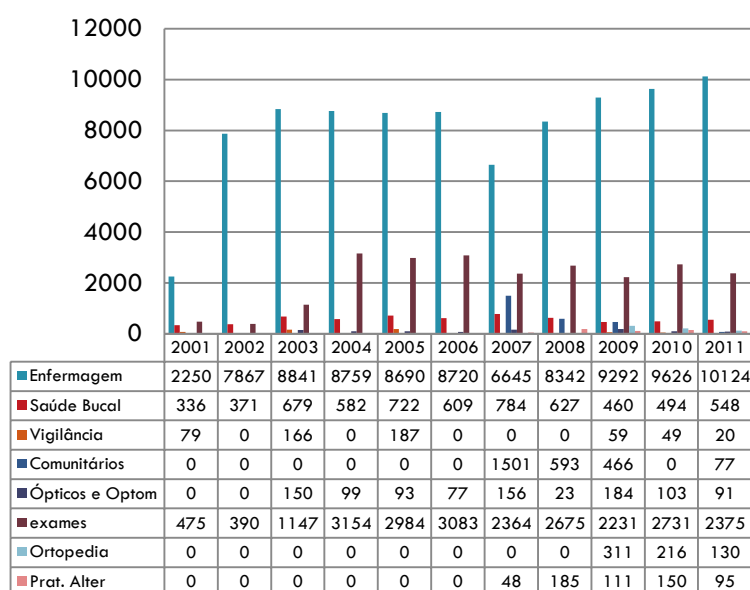
Sudeste



- Predominância da matrícula em enfermagem do início ao final da década. Verifica-se no Sudeste a presença de quase todas as formações técnicas estudadas desde 2001;
- Enfermagem: cresce matrícula até 2005, permanecendo no mesmo patamar, com oscilações, até 2011, sendo que nesse ultimo ano a matrícula é 2,5 vezes superior àquela apresentada em 2001;
- Saúde Bucal: crescimento efetivo, com oscilações no período;
- Vigilância: a partir de 2002, curso que parecia ter uma presença expressiva, diminui radicalmente, inexistindo nos anos de 2004, 2006 a 2008;
- Comunitários: matrícula quase inexistente ate 2006. A partir de então apesar do boom de 2008, essa formação não adquire representatividade na região;
- Ópticos e Optometristas: mantém uma média de matriculados no período;
- Exames: dobra a matrícula no período, com um crescimento mais significativo entre 2001-2005, mantendo esse patamar com pequenas variações até o final da década;
- Ortopedia: matrícula quase inexistente na década estudada;
- Práticas alternativas: matrícula quase 8 vezes maior no ano de 2011, em relação a 2001.

- Predominância da matrícula em enfermagem do início ao final da década. Verifica-se no Sul a presença de quase todas as formações técnicas estudadas desde 2001;
- Em 2011, matrícula em enfermagem é quase o dobro da matrícula verificada em 2001;
- Saúde Bucal: matrícula cresce chegando a ser 4,4 vezes maior em 2011 que o valor apresentado em 2001;
- Vigilância: em 2001, matrícula superior a apresentada em Saúde Bucal, passa a ser um curso praticamente inexistente, a partir de 2004;
- Comunitários: matrícula pouco expressiva na região;
- Ópticos e Optometristas: matrículas pouco expressiva mas constante na década estudada, variando entre 200 a 500 matriculados;
- Exames: crescimento da matrícula em todo o período, destacando-se os últimos anos. Matrícula em 2011 é 4,5 vezes superior a matrícula em 2001;
- Ortopedia: matrícula inexistente na década estudada, com exceção de 2009;
- Práticas alternativas: matrícula inexistente ate 2003 e pouco expressiva a partir de então.

Centro-Oeste



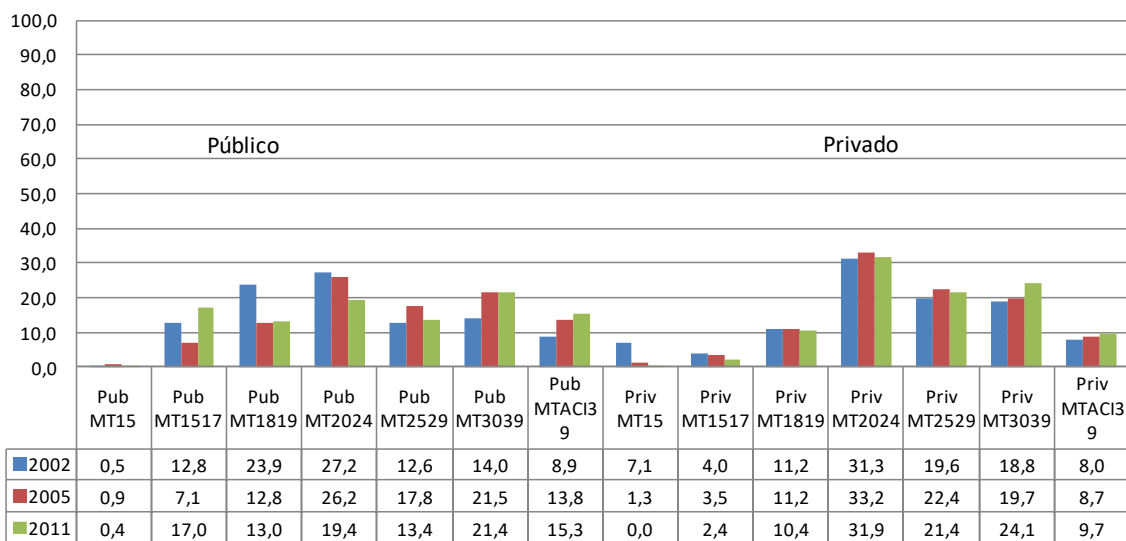
- Predominância da matrícula em enfermagem do início ao final da década.

Diversificação da matrícula entre as formações técnicas estudadas, ao longo do período;

- Em 2011, matrícula em enfermagem é 4,5 vezes maior do que em 2001. Destaca-se que a explosão da matrícula acontece desde 2002, observando-se uma queda no ano de 2007;
- Saúde Bucal: matrícula quase constante e pouco expressiva, variando entre 300 a 700;
- Vigilância: matrícula inexistente em 2004 e no período de 2006 a 2008. Pouco expressiva nos demais anos;
- Comunitários: matrículas apenas entre 2007 e 2009;
- Ópticos e Optometristas: matrículas a partir de 2003, girando em torno de 150 matriculados;
- Exames: crescimento da matrícula em todo o período, destacando-se o período de 2004 a 2006. Matrícula em 2011 é 5 vezes superior a matrícula em 2001;
- Ortopedia: matrícula inexistente até 2008, sendo pouco expressiva nos anos seguintes da década estudada;
- Práticas alternativas: matrícula quase inexistente até 2006 e pouco expressiva a partir de então.

**Idade Público x Privado relativa aos grupos ocupacionais estudados –
2002, 2005 e 2011**

Idade Público x Privado (%) - 2002, 2005 e 2011



- Privado e Público mostram tendência de envelhecimento;
- Público: começa concentrada nas faixas etárias mais jovens em 2002 e mostrando uma maior distribuição nas faixas etárias em 2011;
- Privado: percentual concentrado nas faixas de 20-24 a 30-39 com um aumento na classe de 30-39 (de 18% para 24%).

Apêndice D

Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000

Publicado na forma de capítulo de coletânea

Monica Vieira, Alexandra Ribeiro Mendes de Almeida, Ana Margarida de Mello Barreto Campello, Arlinda B. Moreno, Filippina Chinelli, Francisco José da Silveira Lobo Neto, Márcio Candeias Marques. **Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil Anos 2000**. In Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs.). *Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp.121/148, ISBN: 978-85-98768-70-0.

Dinâmica da Formação Técnica e da ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil, anos 2000²⁰

Este capítulo tem como objetivo atualizar e complementar os dados já disponíveis, relacionados à formação e inserção profissional dos técnicos em saúde no Brasil, na primeira década dos anos 2000. Ele representa mais um passo no processo de pesquisa que, desde 2002, vem consolidando bases de dados secundários sobre os técnicos em saúde. Naquele momento tanto o interesse do Ministério da Saúde no levantamento dos perfis dos trabalhadores em enfermagem quanto a consolidação e confiabilidade dos censos escolares e das pesquisas médico-sanitárias levaram à formação de um grupo de pesquisadores na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Esse grupo constituiu o Observatório dos Técnicos em Saúde e em 2001 iniciou seus trabalhos buscando uma agregação – à época, inédita – tanto dos dados referentes aos postos de trabalho quanto relacionados à educação profissional para caracterizar, no que se refere a essas dimensões, os trabalhadores técnicos em saúde (Lima *et al.*, 2002; Vieira *et al.*, 2003a, 2003b).²¹

As atividades do Observatório tiveram início com a aprovação de um estudo para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae) que analisava a dinâmica da formação e inserção profissional desses trabalhadores a partir das bases de dados do censo escolar,²² realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), e da Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS)²³ realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo possibilitou a elaboração de séries históricas a respeito da oferta de educação profissional em saúde no Brasil e indicou a necessidade de acompanhamento da formação de tecnólogos no setor.

20 Este capítulo apresenta uma primeira exploração dos dados da pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde”, financiada também pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde /Fundação Oswaldo Cruz / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Papes/Fiocruz/CNPq).

21 A partir desse processo, dois aspectos institucionais reforçam o andamento das pesquisas sobre os trabalhadores técnicos em saúde: a criação da Estação do Observatório de Técnicos em Saúde na Escola e a posterior constituição do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps).

22 O *Censo Escolar* é um levantamento realizado pelo Inep/MEC, com a colaboração das secretarias estaduais e municipais de educação e a participação de todas as escolas públicas e privadas do país. A periodicidade da pesquisa é anual, estando disponíveis as séries históricas a partir de 1995.

23 A AMS visa mostrar o perfil da capacidade instalada de saúde no Brasil a partir da realização de um inventário completo dos estabelecimentos de saúde. Assim, mostra o perfil dos serviços de saúde disponíveis no Brasil, permitindo a avaliação de sua cobertura, segundo a distribuição de postos de trabalho, equipamentos médicos e serviços de baixa, média e alta complexidade. Não consegui acertar a fonte

Iniciou-se, assim, a construção do Banco de Dados da Educação Profissional em Saúde (BEPSSaúde), disponível no *site* do Observatório dos Técnicos em Saúde, que permite que o usuário elabore tabelas *on-line* a partir do cruzamento das variáveis disponíveis, como distribuição dos cursos pelos estados do país, alunos, matriculados e concluintes entre outras. Os estudos sobre composição da força de trabalho em saúde, realizados a partir da AMS, permitiram a construção de uma série histórica que compara algumas variáveis dos postos de trabalho, como distribuição regional, setor de atuação, esfera administrativa, entre outros para os anos de 1978, 1982, 1992, 1999, 2002, 2005 e 2009. Essa análise, em ambas as bases, considerou dependência administrativa e distribuição regional. No que diz respeito à dependência administrativa, foram observadas as variáveis ‘cursos técnicos oferecidos’ e ‘alunos matriculados’ e no que diz respeito à distribuição regional, ‘ocupação’ e ‘nível de escolaridade’.

Criado com a finalidade de nortear as decisões da política para o setor, o Censo informa, dentre outros aspectos, sobre aprovação, reprovação e abandono, sendo utilizado para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e como indicador para o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), do Ministério da Educação (MEC). Também registra informação sobre a educação infantil, fundamental, média e de Jovens e Adultos (EJA). O censo escolar coleta dados sobre estabelecimentos, matrículas, funções docentes, movimento e rendimento escolar.

1. Formação Técnica em Saúde

O objetivo deste item é analisar a evolução, na primeira década dos anos 2000, da formação técnica de nível médio em saúde, desenvolvida pelas diferentes instâncias do sistema educacional. Os dados da área, sempre que possível, serão relacionados ao quadro informativo mais geral (mais gerais) da evolução da educação profissional no Brasil, de maneira a caracterizar e ressaltar suas especificidades. Para análise desses dados, julga-se imprescindível situá-los no contexto das mudanças pelas quais passou o Brasil no período, considerando que as políticas educacionais refletem tanto movimentos de reestruturação produtiva quanto políticas de redefinição do papel do Estado. O entendimento da educação como direito universal de formação humana ou a mercantilização do sistema educacional sintetizam a polêmica mais claramente colocada a partir do final dos

anos 90 com as políticas educacionais do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), especificamente a reforma da educação profissional (decreto n. 2.208/1997), que tem como perspectiva a “formação do cidadão produtivo” (Frigotto e Ciavatta, 2005).

Tendo em vista o anteriormente exposto e a comparabilidade com a análise dos dados sobre a distribuição dos postos de trabalho em saúde que se realiza no segundo item deste capítulo, foram eleitos como marcos temporais os anos de 1999 (quando foi realizado pelo MEC/Inep o primeiro Censo da Educação Profissional), 2002, 2005 e 2009 (anos de realização da AMS). Consideram-se os dados sobre 1999 fundamentais para a caracterização da situação encontrada nos primeiros momentos de implantação da reforma da educação profissional e ressalta-se que o ano de 2002 coincide com o final do governo FHC. Em 2005 já podem ser percebidos os primeiros reflexos das políticas educacionais do governo Lula, cuja consolidação pode ser notada a partir do estudo dos dados relativos a 2009.

O I Censo da Educação Profissional realizado pelo MEC/Inep em 1999²⁴ mostra uma predominância do setor público no que diz respeito às matrículas na educação profissional de nível técnico. Naquele ano, do total de 716.652 matrículas verificadas, 56% concentravam-se na rede pública, 37% nas escolas técnicas das redes estaduais. O Gráfico 1 apresenta a evolução da matrícula na educação profissional por dependência administrativa, de 1999 a 2009.²⁵ É nítido e bastante elucidativo o movimento de diminuição da oferta do setor público, claramente vinculado à reforma da educação profissional do final dos anos 90. Esse movimento descendente do número de matriculados em escolas públicas permanece até 2004, segundo ano do governo Lula e ano de promulgação do decreto n. 5.154/2004, que revoga o decreto no. 2.208/1997 e modifica a política de educação profissional instituída no governo FHC. A partir de 2005, começa a haver uma recuperação desses números, passando a matrícula no setor público a crescer. Esse crescimento, no entanto, só recupera e ultrapassa o número de matriculados em

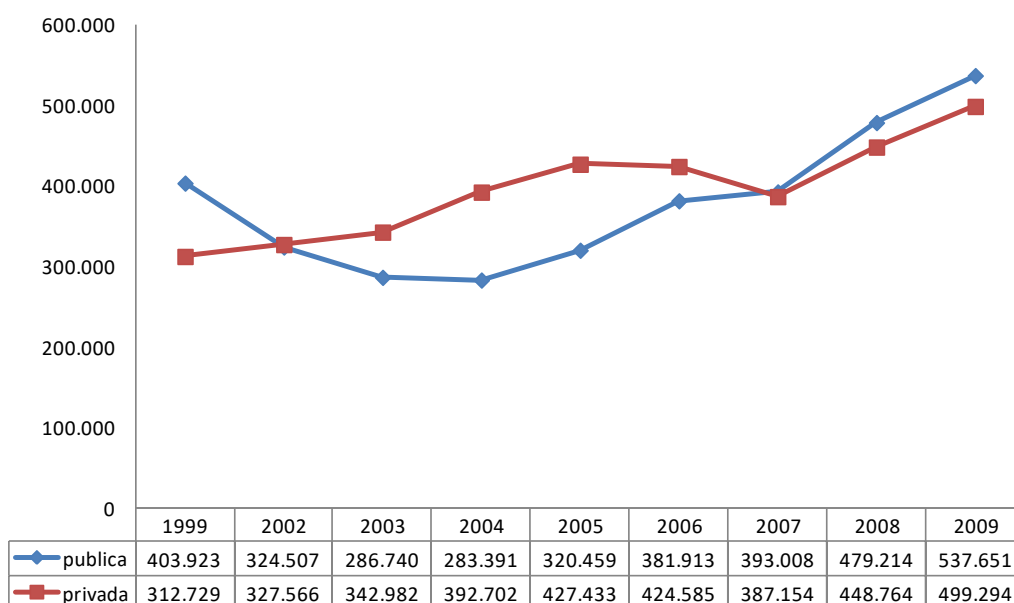
²⁴ Apenas em 1999 foi realizado pelo MEC/Inep um censo específico sobre educação profissional. A partir do ano 2001, esses dados passaram a fazer parte do Censo da Educação Básica.

²⁵ Não se dispõe de dados referentes aos anos de 2000 e 2001, uma vez que apenas a partir de 2002 o Inep passou a fornecer dados sobre a educação profissional de nível técnico quando da divulgação do censo escolar. No ano de 1999, como já referido anteriormente, foi realizado pela primeira e única vez o censo da educação profissional. Assim, as séries históricas aqui apresentadas têm início em 1999 e não apresentam dados relativos aos anos de 2000 e 2001.

1999 a partir de 2008. Com efeito, o censo da educação profissional de 1999 indica a existência de 403.923 matriculados em escolas públicas. Em 2004, esse número corresponde a apenas 283.391. De 2004 em diante, verifica-se um maior crescimento nas matrículas públicas que ultrapassam as matrículas privadas em 2007.

Não é demais sublinhar que essa diminuição das matrículas públicas e o aumento das matrículas privadas no início da primeira década dos anos 2000 é produto de uma política de desresponsabilização da instância pública pelo desenvolvimento da educação profissional. Esse movimento é induzido pelas reformas educacionais do final dos anos 90, no governo Fernando Henrique Cardoso. Nesse sentido, ao analisar a reforma da educação profissional dos anos 90, Cury (2002, p. 26) afirma: “A educação profissional tornou-se órfã do dever do Estado em matéria de financiamento e sua responsabilidade ficou diluída”.

Gráfico 1 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico, por dependência administrativa. Brasil – 1999-2009

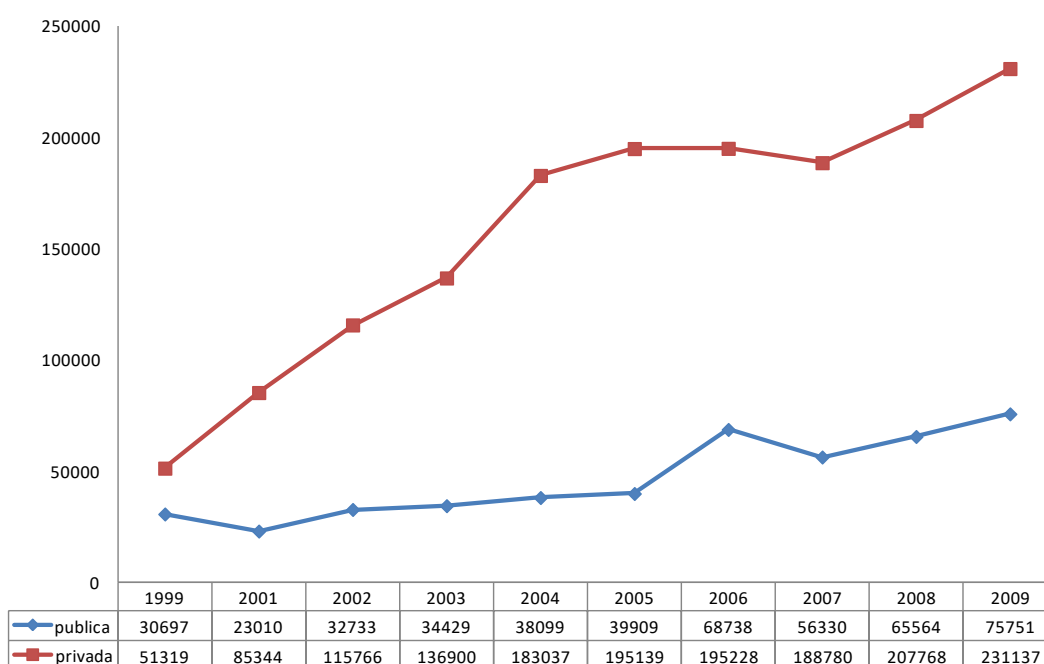


Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

No que diz respeito à formação técnica em saúde, o Censo da Educação Profissional indicava em 1999 a existência de 82.016 matriculados, o que correspondia a pouco mais de 11% do total da educação profissional (Gráfico 2). Note-se, a predominância do setor privado na área da saúde que, em 1999, era

responsável por 62% da formação técnica de nível médio, ao passo que no total da educação profissional de nível técnico, naquele mesmo ano, apenas 44% das matrículas eram de responsabilidade do setor privado. A maior participação do setor privado na formação técnica em saúde cresceu ao longo da década estudada, de tal maneira que em 2009 menos de um quarto (24,7%) dos matriculados em cursos técnicos na área da saúde desenvolviam sua formação em escolas técnicas públicas.

Gráfico 2 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico em saúde. Brasil – 1999-2009



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

Para analisar a formação técnica de nível médio em saúde, é preciso situar essa formação em seu contexto histórico e levar em consideração que, diferentemente da formação técnica para a indústria – objeto de políticas educacionais específicas desde os anos 40, quando da promulgação das ‘leis’ orgânicas –, a ênfase na formação técnica em saúde, no Brasil, só começa a tomar corpo nos anos 80 com o Projeto Larga Escala (Pereira e Ramos, 2006). Com efeito, em 1986, o relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde ressalta no item ‘formação e aprimoramento do pessoal de nível médio e elementar’, que o setor educacional – pela pequena oferta de vagas, pela inadequação curricular e por sua

lógica privatizante – não vinha respondendo às necessidades de profissionalização em saúde (Brasil/MS, 1986, p. 23).

Assim, a educação profissional, ao tornar-se “órfã do dever do Estado” (Cury, id. *ibid.*) em decorrência das políticas dos anos 90, traz um impacto ainda mais desagregador na área da saúde, na medida em que esta não era uma formação consolidada como de interesse público, nem desenvolvida pelas instâncias públicas. Tornar-se ‘negócio’ nas mãos da iniciativa privada não implicou, portanto, na área da saúde, a necessidade de estrangulamento da instância pública, como se pode verificar no Gráfico 1 em relação à formação técnica em geral. Foi suficiente ‘congelar’ a oferta pública e incentivar a ampliação da oferta privada, como fica muito claro nos dados do Gráfico 2.

Desse modo, enquanto a matrícula nas escolas públicas que ofereciam formação técnica em saúde permaneceu abaixo de 40.000 alunos desde 1999 até 2005, as escolas privadas que em 1999 já contavam com mais de 50.000 matriculados passaram a contar em 2005 com quase 200.000 alunos e continuaram crescendo significativamente mais do que o setor público até o final da década estudada.

A análise comparativa dos dados apresentados nos gráficos 1 e 2 provoca muitas questões. Entre elas: como explicar comportamento tão específico da formação técnica em saúde? Por que a predominância do setor privado chega perto de representar a quase totalidade das matrículas?²⁶ Por que nessa ‘década’ (1999-2009) o crescimento da matrícula na formação técnica em saúde é mais significativo do que na totalidade da educação profissional de nível técnico? Como explicar a explosão das matrículas privadas na formação técnica em saúde principalmente nos primeiros anos do século XXI?

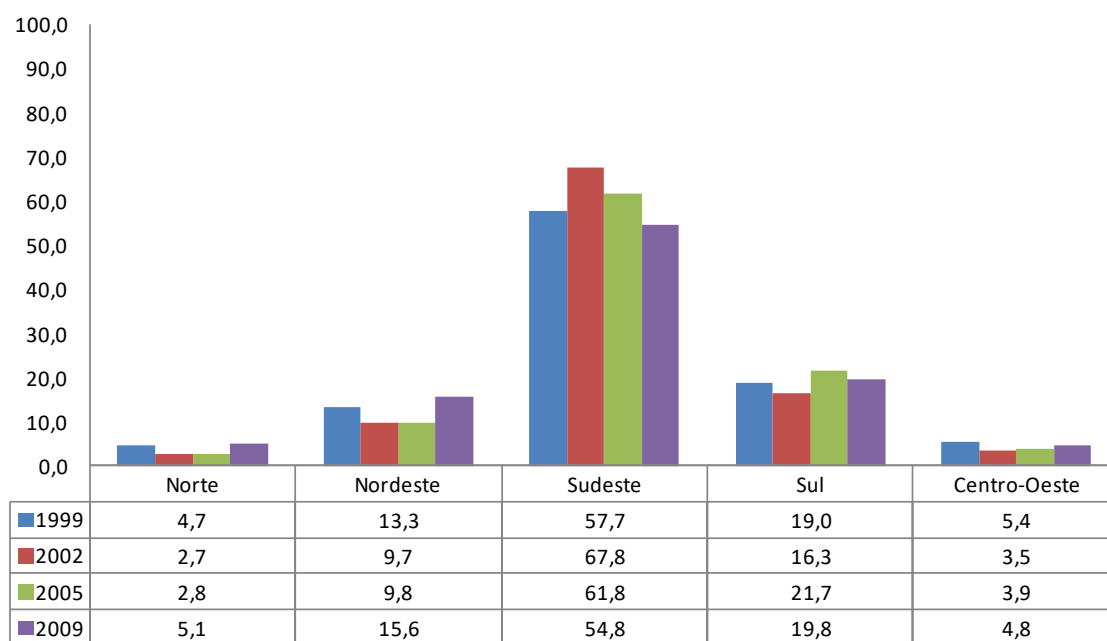
Cabe ressaltar que a matrícula na saúde cresceu de pouco mais de 82.000 em 1999 para 306.088 em 2009, ou seja, crescimento de 373%, quase quatro vezes mais, ao passo que a matrícula total, no mesmo período, passa de 716.652 para 1.036.945, ou seja crescimento de 144%, apenas cerca de uma vez e meia maior. Ao considerar esses dados como informações, e não simplesmente como fatos, busca-se explicá-los no contexto mais amplo dos processos em curso na sociedade

²⁶Em 2005, no ponto mais crítico da privatização da formação técnica em saúde, menos de 17% dos matriculados frequentavam instituições públicas.

brasileira e, mais amplamente, no quadro das atuais configurações do modo de produção capitalista.

Um primeiro ponto a ser considerado seria a tentativa de analisar essa explosão das matrículas na formação técnica em saúde em decorrência de uma possível correspondência com a criação mais acelerada de postos de trabalho no setor de serviços durante o período, com destaque, além da educação, para a área de saúde, conforme se verá mais adiante. Essa consideração coaduna-se com a tendência a um complexo processo de deslocamento das áreas de investimento em educação pela iniciativa privada, por meio do aumento da oferta de cursos, seguindo ou induzindo demandas, e se concretiza na mercantilização da educação. Cabe mencionar, ainda, o reforço que as políticas governamentais, nas últimas décadas, vêm oferecendo à privatização, inclusive com significativa participação do fundo público, direta ou indiretamente acolhida, por exemplo, na denominada 'parceria público-privada'. É de se notar que o crescimento percentual da participação relativa da iniciativa privada na matrícula nos cursos técnicos em geral cresce, entre 1999 e 2009, apenas quatro pontos (de 44% para 48%) ao passo que, na área da saúde, esse crescimento é de 12 pontos percentuais (de 63% para 75%).

Quanto à distribuição por região das matrículas na educação profissional de nível técnico em todas as áreas, inclusive saúde (Gráfico 3), percebe-se uma concentração na região Sudeste que, sozinha, responde por mais da metade do total de matriculados no Brasil. Ao longo da década estudada, quase nada muda nessa distribuição, com exceção dos 'primeiros anos do século XXI': entre 1999 e 2002, observa-se um acirramento dessa concentração na região Sudeste que passa a deter quase 70% do total de matrículas. Tal fato parece ser 'desfeito' a partir de 2005, quando se observa um decréscimo gradativo da participação relativa da região Sudeste e um crescimento mais significativo das matrículas nas regiões Sul e, principalmente, Nordeste.

Gráfico 3 – Matriculados em geral, por grandes regiões

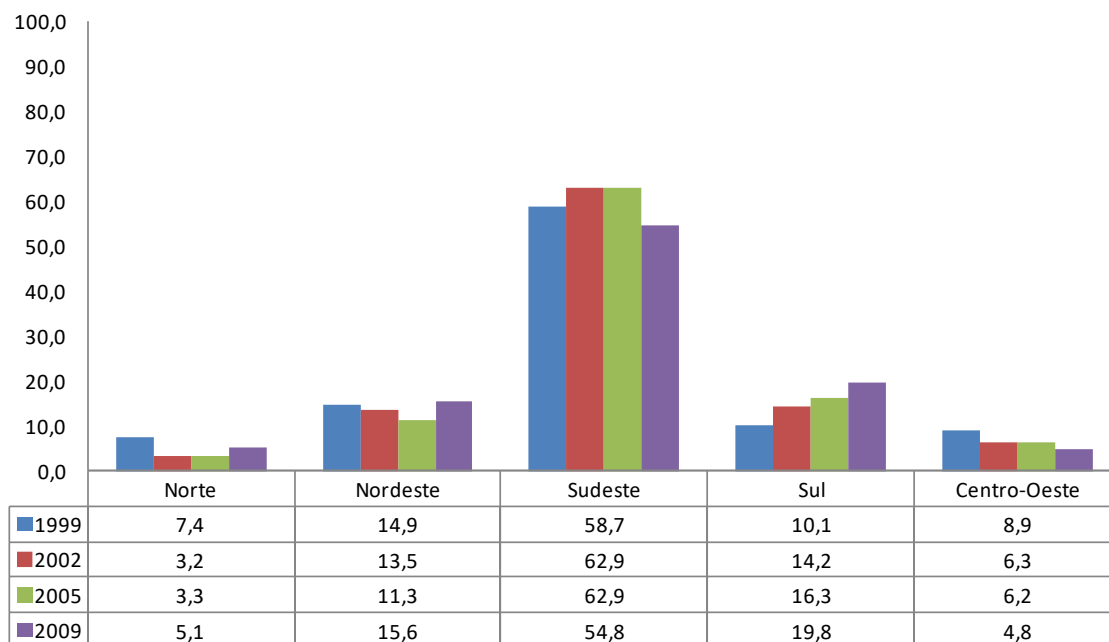
Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

A distribuição da matrícula nos cursos técnicos em saúde segundo as regiões geográficas (Gráfico 4) apresenta características bastante semelhantes àquelas evidenciadas pelo total de matrículas nos cursos técnicos em geral. Tal como visto anteriormente na análise do Gráfico 3, também na região Sudeste encontram-se mais de 50% dos alunos matriculados em cursos técnicos da área da saúde. Essa concentração diminui ligeiramente na década estudada, passando de 57,7%, em 1999, para 54,8% em 2009. Movimento análogo ao observado de aumento da concentração da matrículas na região Sudeste entre 1999 e 2002, possivelmente reflexo das políticas dos anos 90, também se observa na área da saúde, com um pouco menos de intensidade. A partir de 2005, nota-se um ligeiro movimento de desconcentração das matrículas na região Sudeste em benefício quase que exclusivamente da região Sul.

Ressalta-se que as regiões Norte e Centro-Oeste diminuem sua participação, ao passo que a região Nordeste apresenta um pequeno aumento, permanecendo sua participação quase estável. Entende-se que é preciso continuar a acompanhar esses dados de modo a verificar se essa possível tendência de desconcentração regional se afirma de forma mais significativa na segunda década do século XXI, à proporção que o Nordeste vem apresentando um desenvolvimento econômico

bastante significativo nesses últimos anos com possibilidades de reflexos em seu sistema educacional e na oferta de formação técnica.

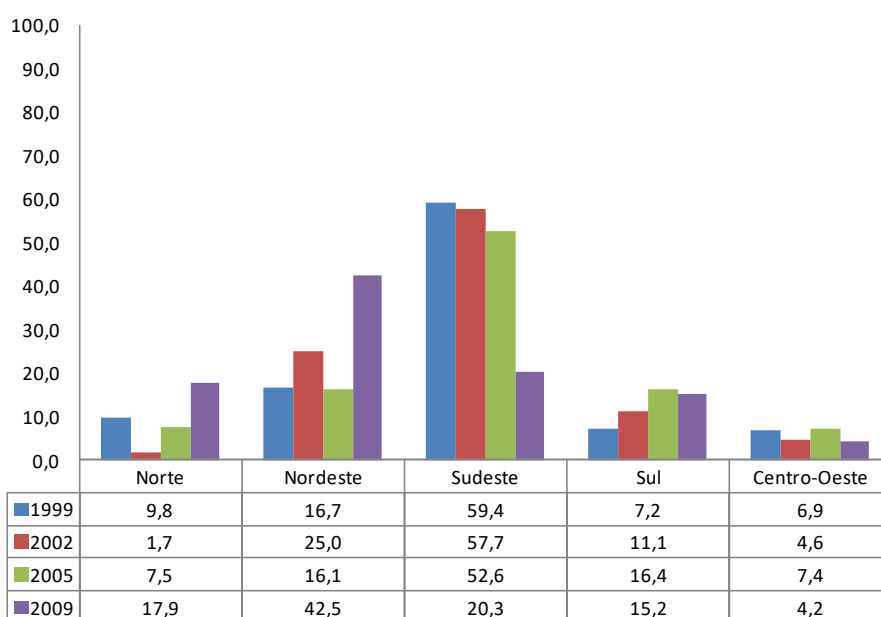
Gráfico 4 – Matriculados em saúde, por grandes regiões



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

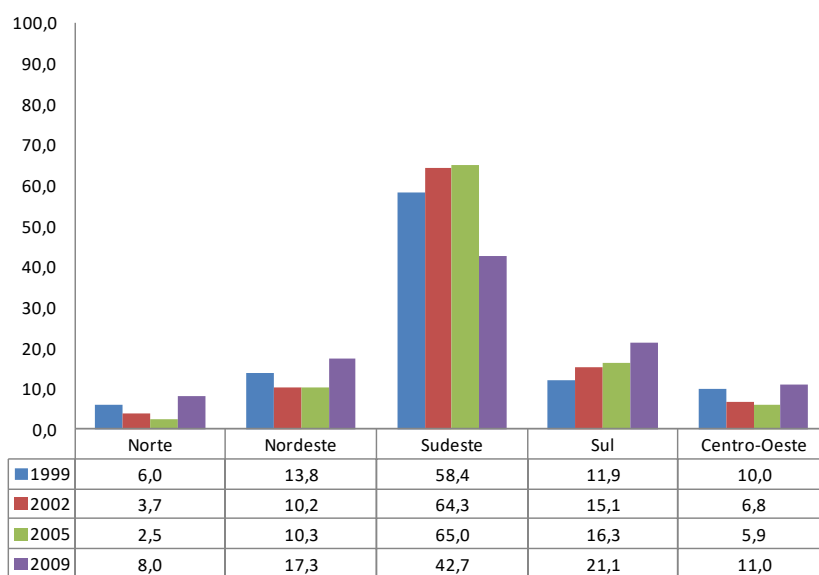
É interessante ainda registrar que a análise da evolução das matrículas públicas segundo a região geográfica (Gráfico 5) indica uma progressiva desconcentração na região Sudeste acompanhada do aumento da concentração na região Sul. No que diz respeito ao setor privado (Gráfico 6), observa-se que a diminuição da concentração das matrículas na região Sudeste é acompanhada por um aumento das matrículas em todas as outras regiões.

Gráfico 5 – Evolução percentual da distribuição da matrícula pública em saúde, segundo região geográfica.



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

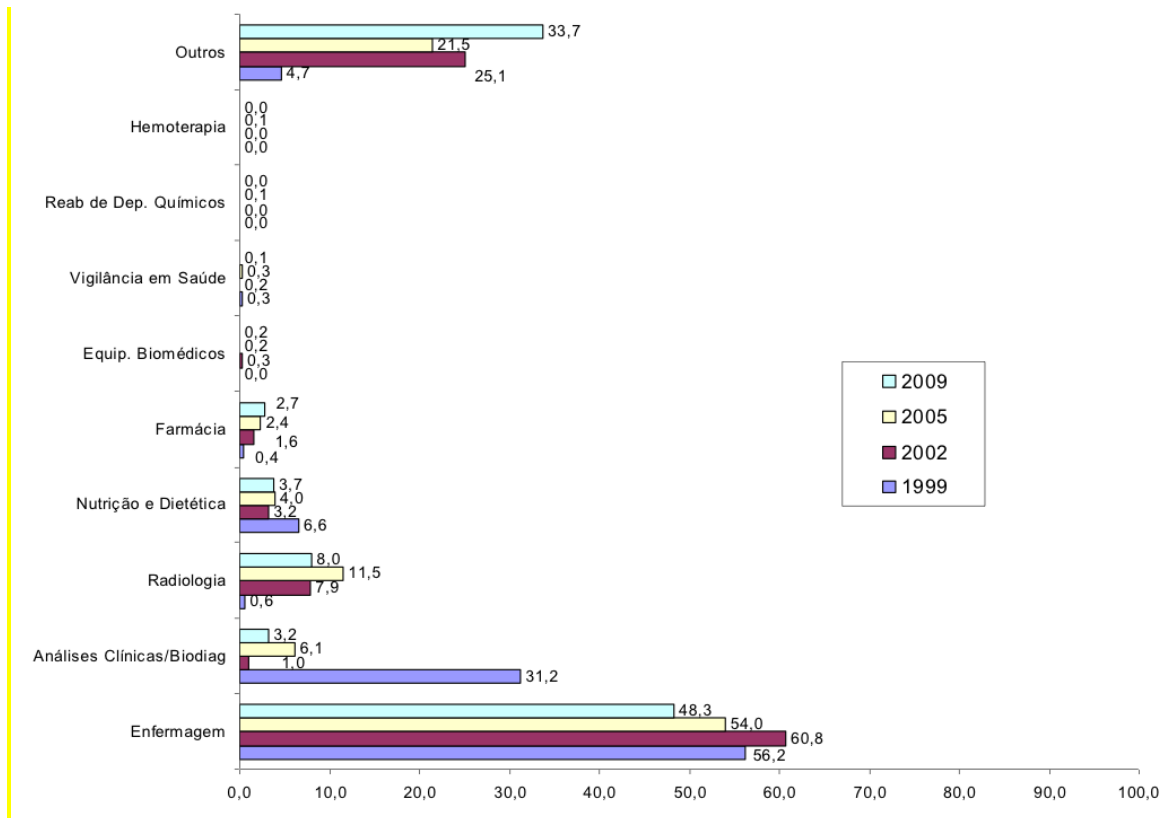
Gráfico 6 – Evolução percentual da distribuição da matrícula privada em saúde, segundo região geográfica.



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

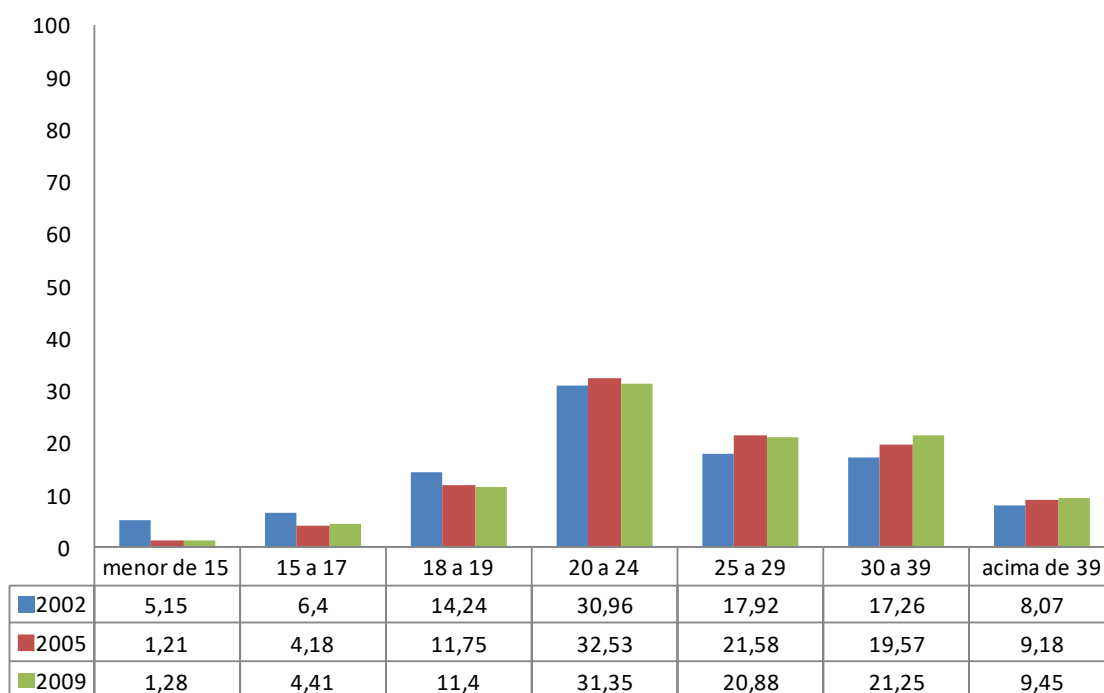
O Gráfico 7 apresenta a evolução da matrícula nos diversos cursos técnicos da área da saúde. Nota-se de início uma concentração na área da enfermagem que, sozinha, é responsável por praticamente metade (uns anos mais, outros menos) da formação. Interessante notar que a um primeiro movimento de aumento da concentração da oferta de cursos na habilitação em enfermagem, que se observa entre 1999 e 2002, segue-se um movimento proporcionalmente inverso a partir de

2002 e que se prolonga na década estudada. Ao mesmo tempo, percebe-se uma ampliação do leque de oferta no final da década na categoria 'outros cursos', que passa a concentrar mais de 30% das matrículas dos cursos técnicos da área da saúde. De modo geral, torna-se nítida uma maior abertura do leque de formações técnicas ofertadas na área da saúde e uma diminuição na participação relativa dos matriculados nos cursos técnicos de enfermagem.

Gráfico 7 – Distribuição percentual da matrícula por curso técnico

Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

Com relação à idade dos matriculados em cursos da área da saúde (Gráfico 8), percebe-se um deslocamento para a direita dos dados relacionados às faixas etárias mais elevadas, indicando uma procura cada vez mais tardia pela formação técnica em saúde, sobretudo a partir dos 20 anos. Pode-se levantar a hipótese de retorno à escola de trabalhadores em busca de uma formação técnica que lhes poderia facilitar o acesso a uma colocação mais qualificada, questão esta que será objeto de análise da pesquisa em andamento, “Trajetórias educacional e ocupacional de trabalhadores técnicos em saúde” também realizada pelo grupo de trabalho do Observatório.

Gráfico 8 – Matriculados em saúde, por idade, em percentagem²⁷

Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

2. Postos de Trabalho

Esse item apresenta os dados da evolução dos postos de trabalho de níveis elementar, auxiliar e técnico, ocupados nos estabelecimentos de saúde no período 1999-2009, a partir da AMS,²⁸ procurando contextualizá-los na dinâmica mais ampla do mercado de trabalho do país, sobretudo no desempenho do setor serviços na última década.

Durante o período mencionado, a economia brasileira apresentou significativo dinamismo em relação aos anos 90, passando sua média de crescimento anual de 2,5% para cerca de 4,5%. Embora as repercussões da crise internacional que se manifestou a partir de fins de 2008 nos Estados Unidos e Europa tenham atingido

²⁷ A partir de 2001 o Inep passou a disponibilizar informações sobre idade dos matriculados nos microdados.

²⁸ Como a pesquisa AMS reporta, exclusivamente, ao núcleo de serviços de saúde, ou seja, os serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde, não será verificada neste capítulo a situação ocupacional de todos os trabalhadores envolvidos no macrosetor saúde. Informações sobre o conjunto da força de trabalho em saúde podem ser encontradas em publicação que buscou acompanhar a dinâmica da inserção ocupacional dos trabalhadores do setor saúde no Brasil, através da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE/2005), destacando-se não apenas trabalhadores ligados diretamente ao atendimento na saúde, mas também outros trabalhadores, nos serviços administrativos, de manutenção e de equipamentos médico-hospitalares. Ver Moreno e colaboradores (2011). Disponível em <www.obsnetims.org.br/adm/arq/livro/2141551.pdf>.

também o Brasil²⁹ a adoção de medidas de política fiscal e monetária antirrecessivas permitiu que o país contornasse a desaceleração da criação de novos postos de trabalho. Por isso mesmo, apesar da retração do emprego na indústria, não se pode negar que os anos 2000 foram marcados pelo fortalecimento do mercado de trabalho no país, alavancado, sobretudo, pelo setor de serviços, passando sua representatividade na estrutura ocupacional do país de 41,1% para 43,3% entre 2004 e 2009 (Guimarães, 2009). Na avaliação de Pochman (2012: 16), somente o setor terciário tem registrado aumento na sua posição em relação ao PIB³⁰.

Cabe, contudo, mencionar que a maioria dos postos de trabalho criados no setor localizou-se na base da pirâmide social, com 95% das vagas abertas registrando remuneração mensal de 1,5 salário mínimo (Pochman, 2012). Dentre esses postos nota-se marcante expansão daqueles ligados ao cuidado, incluindo as atividades de atenção à saúde, onde se insere boa parte das ocupações de nível médio e elementar, estes últimos localizados majoritariamente no setor público.

A partir dos anos 1980, identifica-se o vigor do setor saúde na expansão do emprego no país, sendo ele desde então o grande responsável pela ampliação da oferta de empregos no setor serviços como um todo. Os estudiosos do mercado de trabalho em saúde no Brasil afirmam que sua dinâmica o distingue dos demais setores econômicos, já que a utilização intensiva de trabalho vivo, mesmo com o processo de incorporação de tecnologias, continua central (Girardi, 1986, 1991; Nogueira, 1987). Em artigo recente, Machado e colaboradores (2011) reforçam a relevância do macrossetor saúde como um ramo importante na economia brasileira, compreendendo, em 2005, quase quatro milhões de postos de trabalho. A análise do núcleo do setor saúde a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE permite identificar, entre 1990 e 2005, uma expansão intensa da rede de serviços de saúde no Brasil que passa de quase 50 mil para 77 mil estabelecimentos e de cerca de 1,5 milhão para mais de 2,5 milhões de postos de trabalho. Essas características

²⁹ “É certo que a crise financeira internacional de 2008 interrompeu temporariamente a trajetória de crescimento econômico. Os impactos foram particularmente severos durante o último trimestre de 2008 e o primeiro trimestre de 2009. À retração das linhas internacionais de crédito, seguiu-se uma queda abrupta nos preços das *commodities*, resultando na desvalorização do real frente ao dólar dos EUA e na deterioração dos indicadores de atividade econômica e de emprego” (Brasil/Ministério da Fazenda, 2010: 7).

³⁰ O autor aponta ainda que durante a década em questão, “o setor terciário [aí incluídos os serviços] gerou 2,3 mais empregos que o setor secundário, ao passo que, na década de 1970, o setor terciário gerava somente 30% mais postos de trabalho do que o setor secundário da economia nacional” (Pochman, 2012, p. 17).

têm possibilitado uma expansão importante e recorrente de seu nível de ocupação, independentemente da conjuntura econômica (Dedecca e Silva, 2013).

A geração de novas ocupações é uma tendência inerente ao setor em razão da expansão da cobertura, diversificação e ampliação dos serviços e envelhecimento da população. Ainda que todo o macrossetor saúde venha crescendo, esse incremento está relacionado, sobretudo, à expansão das ocupações nucleares³¹ que cresceram mais rapidamente, sinalizando que o atendimento da população constitui o carro chefe da expansão de seu nível de ocupação: cerca de 4,5 milhões de pessoas estavam ocupadas no setor saúde em 2009, sendo que 2,4 milhões em ocupações do núcleo do setor (Dedecca e Silva, 2013). Parte desse crescimento se refere à expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) com priorização da atenção básica como política pública que demanda poucos equipamentos e incorpora trabalhadores de forma intensiva. Embora a atenção básica tenha por objetivo a prevenção de doenças e o acompanhamento do estado geral de saúde da população, tal como vem sendo implementada no país, acaba por se destinar ao atendimento de segmentos mais pobres da população, em situação de risco social. Vale notar, de acordo com Dedecca e Silva (2013), que essa expansão se deu de forma concomitante à progressiva deterioração das condições de trabalho e remuneração e precarização dos vínculos desses trabalhadores.

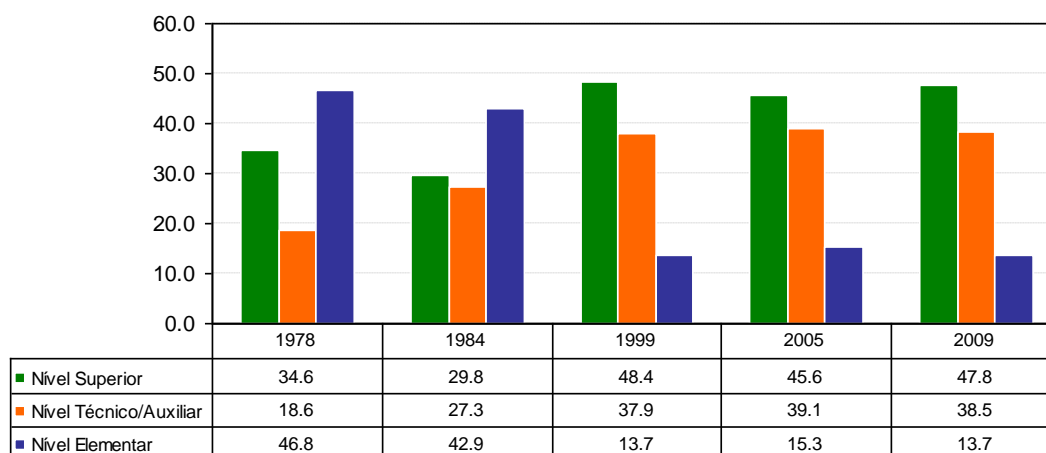
Machado e colaboradores (2011) também identificam tendências associadas ao processo de constituição do SUS, que, nos últimos vinte anos, vêm repercutindo na força de trabalho do setor: expansão da capacidade instalada; municipalização dos empregos; ambulatorização dos atendimentos; maior qualificação da equipe; feminização da força de trabalho; flexibilidade dos vínculos, entre outras. Essas características, tomadas de forma associada vêm repercutindo fortemente na expansão dos postos de trabalho de nível auxiliar/técnico em saúde.

Na década de 1970, a força de trabalho em saúde podia ser caracterizada pela polarização entre postos de trabalho ocupados pelos médicos e aqueles ocupados por atendentes de enfermagem de escolaridade elementar, sendo considerada residual a relevância quantitativa das demais ocupações (Machado *et al.*, 1992).

³¹ De acordo com Dedecca e Silva (2013), as ocupações nucleares são aquelas típicas de atendimento à saúde.

Nas décadas seguintes, nota-se considerável expansão das ocupações de nível técnico/auxiliar, ao passo que decresce a menos da metade a participação das ocupações de nível elementar no total de postos de trabalho. Percebe-se, assim, um considerável aumento dos níveis de escolaridade da força de trabalho ocupada (Gráfico 9). Atualmente a escolaridade da força de trabalho em saúde expressa uma média de anos de estudo superior ao prevalecente na estrutura ocupacional do país, chegando em média, nas ocupações nucleares da saúde, a 14 anos de estudos (Dedecca e Silva, 2013). Cabe destacar que esse aspecto contribui para elevar o perfil de qualificação do mercado de trabalho brasileiro e, nesse sentido, os gastos com os trabalhadores do setor devem ser considerados como investimento.

Gráfico 9 – Distribuição dos postos de trabalho, por nível de escolaridade. Brasil – 1978-2009



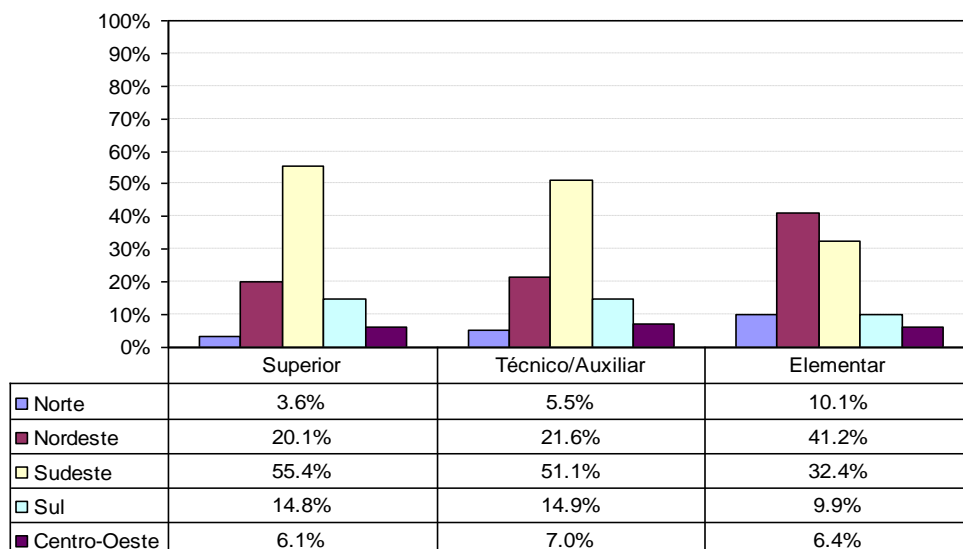
Fonte: IBGE/AMS, 1978, 1984, 1999, 2005, 2009.

Entretanto, os dados obtidos indicam que a distribuição dos postos de trabalho em saúde por nível de escolaridade não se dá de forma homogênea nas regiões brasileiras. As regiões mais urbanizadas e desenvolvidas do país tenderam a concentrar os postos de trabalho em saúde, sobretudo os mais escolarizados. Esse processo reflete, portanto, o modelo econômico adotado no Brasil que, a despeito do crescimento socioeconômico que o país vem experimentando desde a segunda metade dos anos 2000, provocando ligeira desconcentração, ainda mantém os polos de concentração da riqueza.

Quanto à distribuição regional dos postos de trabalho em saúde, por escolaridade (Gráficos 10 e 11), a região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de

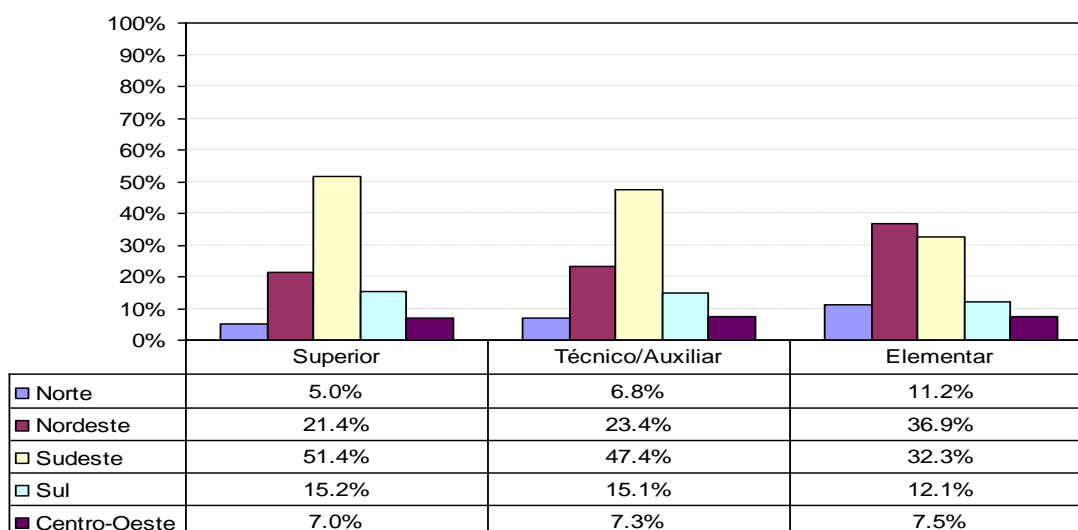
postos de trabalho de nível superior (55,4% e 51,4%, respectivamente para os anos de 1999 e 2009) e a região Nordeste se destacou em relação aos postos de trabalho de nível elementar (41,2% e 36,9%, respectivamente para os anos de 1999 e 2009).

Gráfico 10 – Distribuição percentual dos postos de trabalho, segundo a escolaridade, por grandes regiões. Brasil – 1999



Fonte: IBGE/AMS, 1999.

Gráfico 11 – Distribuição percentual dos postos de trabalho, segundo a escolaridade, por grandes regiões. Brasil – 2009



Fonte: IBGE/AMS, 2009

A diversidade das ocupações no setor saúde é dimensionada na tabela a seguir, no que diz respeito ao nível técnico/auxiliar e elementar. Vale mencionar entre as 25 ocupações listadas a alta taxa de crescimento de postos de trabalho na área de enfermagem, vigilância em saúde, saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Se, nos dois primeiros grupos a implementação de recentes políticas públicas como o Profae e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) buscou qualificar trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem significando a criação de novos postos de trabalho para os agentes de saúde bucal e, especialmente, para os agentes comunitários de saúde. É importante destacar que sobretudo os trabalhadores da vigilância em saúde e da saúde da família, priorizados nas políticas públicas, vêm sendo incorporados ao setor público em postos de trabalho que não exigem escolaridade além do nível elementar, através de uma multiplicidade de vínculos precários.

Fiscal sanitário	2602	0,5	4260	0,7	5330	0,7	8912	1,0	104,8
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	1365	0,3	2453	0,4	3534	0,5	3567	0,4	158,9
Outros - Nível Técnico / Auxiliar	35173	6,8	32305	5,2	31234	4,1	41829	4,7	-11,2
Total Nível Elementar	192107	100,0	244809	100	294551	100	317056	100,0	53,3
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	82040	42,7	60639	24,7	45587	15,5	33004	10,4	-44,4
Parteira	3470	1,8	2546	1	2108	0,7	1432	0,5	-39,3
Agente de saneamento	4116	2,1	-	-	-	-	-	-	-
Agente de saúde pública	11753	6,1	10468	4,3	10077	3,4	7707	2,4	-14,3
Agente comunitário de saúde	67503	35,1	142696	58,3	191990	65,2	225994	71,3	184,4
Guarda endemias/Agente Contr. zoon/Agente contr vetor	9986	5,2	16805	6,8	31167	10,6	32294	10,2	212,1
Outros - Nível Elementar	13239	6,9	11655	4,7	13622	4,6	16625	5,2	2,9

Fonte: IBGE/AMS, 1999, 2002, 2005, 2009.

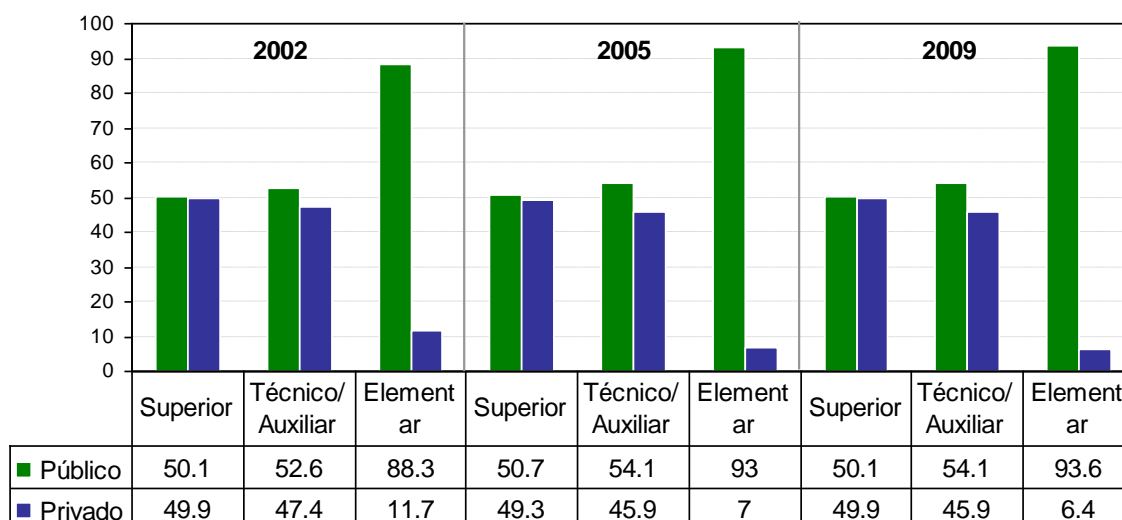
A tabela permite inferir que ao longo das últimas décadas a dimensão complexa do setor saúde se traduz não só em sua importância numérica no mercado de trabalho (Dedecca e Silva, 2013), como também na ampliação do leque de ocupações de nível auxiliar/técnico, apresentando forte diversificação.

Chama-se atenção para a necessidade de se empreender análises que apreendam essa complexidade considerando aspectos no que se refere a natureza do trabalho; setor de atuação; incorporação de tecnologia; condições de contratação e remuneração; e estímulo das políticas públicas. As políticas públicas de saúde priorizadas no período vêm repercutindo na dinâmica do emprego para os trabalhadores técnicos, especialmente no setor público, cabendo sinalizar para o fato de que as ocupações destinadas a esse nível de escolaridade não devem ser analisadas como um grande conjunto homogêneo, pois apresentam comportamento diferenciado no que se refere à inserção dos trabalhadores.

Os dados apresentados anteriormente confirmam a histórica concentração, ainda que decrescente, de postos de trabalho na área de enfermagem, o que leva muitas ocupações a serem consideradas menos expressivas por estudos da área, na medida em que representam um percentual muito aquém com relação ao grupo da

enfermagem. Cabe observar que a estrutura ocupacional da saúde é historicamente relacionada à implementação de políticas públicas, devendo-se, portanto, escapar de classificações baseadas apenas em indicadores numéricos.³² Ressalta-se, assim, a importância do processo de constituição do SUS na distribuição dos postos de trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde nas últimas décadas, já que mesmo constatando a concomitante expansão do sistema complementar privado nos últimos vinte anos, o setor público ainda constitui um importante mercado de trabalho para as ocupações de nível médio/intermediário (técnico/auxiliar) e principalmente para as de nível elementar, aspecto determinante na configuração dessa estrutura ocupacional. Observa-se ainda que o setor público responde por duas de cada três ocupações nucleares, o que sugere para Dedecca e Silva (2013), que o gasto público é decisivo não apenas em relação à cobertura do serviço de atendimento como também em relação à sua qualidade, que envolve fundamentalmente a qualificação e a quantidade de profissionais inseridos no trabalho em saúde. Essa afirmação pode ser constatada no Gráfico 12:

Gráfico 12 – Distribuição percentual dos postos de trabalho de ocupações de nível superior, técnico/auxiliar e elementar segundo setor de atuação. Brasil – 2002-2009



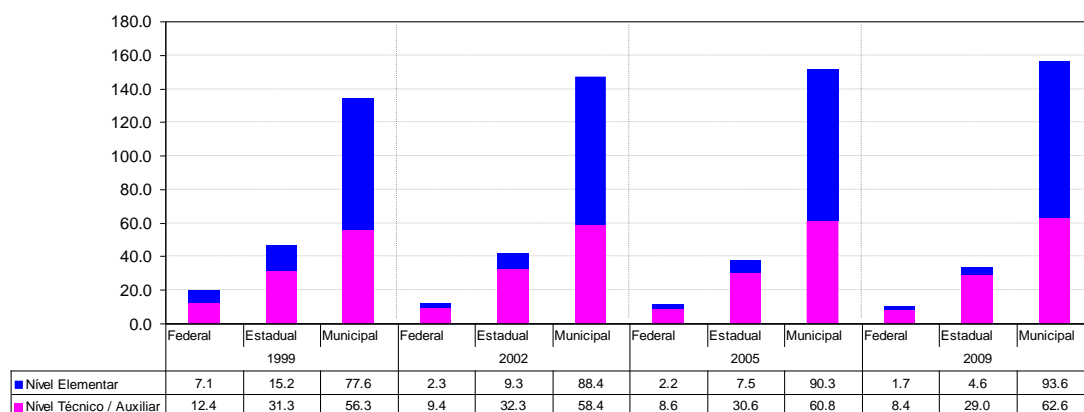
Fonte: IBGE/AMS, 2002, 2005, 2009.

O Gráfico 13 reflete a diretriz da descentralização instituída a partir da criação do SUS podendo-se notar que, em 1999, no setor público, os municípios eram

³² Nogueira (2002), por exemplo, faz uma análise das ocupações em saúde, classificando-as em quatro categorias, conforme sua relação com a esfera pública ou privada: as decorrentes e dependentes da ação do estado; as que são ou deveriam ser estimuladas pela ação do estado; as que correspondem a um contexto técnico e social ultrapassado e estão em processo de ajuste; e as que compõem um rol múltiplo de funções tanto no setor público e privado.

responsáveis por 56,3% dos postos de trabalho das ocupações de nível técnico e auxiliar, percentual que segue ampliando-se até 62,6% em 2009. No mesmo período, o comportamento das ocupações de nível elementar da saúde indica uma concentração de 77,6% em 1999 que alcança 93,6% em 2009 na instância municipal. Refletindo as políticas públicas priorizadas no período analisado, destacam-se as ocupações ligadas à ESF, como os agentes comunitários de saúde e os trabalhadores da saúde bucal e a vigilância em saúde, conforme já mencionado, correspondendo à ênfase dada à atenção básica.

Gráfico 13 – Distribuição percentual das ocupações técnicas/auxiliares e elementar segundo esfera administrativa dos estabelecimentos de saúde. Brasil – 2002, 2005, 2009



Fonte: IBGE/AMS, 2002, 2005, 2009.

Os dados apresentados permitem afirmar que durante a última década, a despeito das oscilações da economia brasileira, os postos de trabalho em saúde apresentaram um movimento de expansão que consolidou um sistema de saúde dualizado, com uma ligeira superioridade numérica do setor público. É importante destacar que, embora cada vez mais relevante em termos econômicos e sociais, essa expansão vem sendo marcada tanto no âmbito público quanto no privado pela deterioração das condições de trabalho e pela diminuição da proteção jurídica do trabalho. Essa deterioração, na opinião de Dedecca e Silva (2013), somente poderá ser enfrentada considerando-se o arranjo institucional da política social e a definição de uma estratégia comum que envolva a proteção social.

3. Referências

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

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Microdados Censo Escolar. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-levantamentos-acessar>>. Acesso em: 1 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Economia Brasileira em Perspectiva. Edição Especial. Brasília, 2010. disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/portugues/docs/perspectiva-economia-brasileira/edicoes/Economia-Brasileira-Em-Perspectiva-Especial-10.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2013.

CURY, C. R. J. Políticas atuais para o ensino médio e a educação profissional de nível técnico: problemas e perspectivas. In: ZIMAS, D. *et al.* (Orgs.). *O Ensino Médio e a Reforma da Educação Básica*. Brasília: Plano Editora, 2002.

DEDECCA, C. S. e SILVA. A universalização e a força de trabalho no complexo da saúde, vantagens e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2013.

FRIGOTTO, G. e CIAVATTA, M. (Orgs.). *A Formação do Cidadão Produtivo: a cultura de mercado no ensino médio técnico*. Brasília: Inep, 2005

GIRARDI, S. N. O perfil do 'emprego' em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(4): 423-439, dec. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2013.

GIRARDI, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educación Médica y Salud*, 25(1): 37-47, 1991.

GUIMARÃES, J. R. S. *Perfil do Trabalho Decente no Brasil: um olhar sobre as unidades da Federação*. Brasília, Genebra: Organização Internacional do Trabalho, Escritório Brasil, 2009. Disponível em: <www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcm_041773.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 1978.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 1984.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária (AMS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LIMA, J. C. F. *et al.* Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. *Formação, Revista*, 2(6): 37-54, set. 2002.

MACHADO, M. H. *et al.* *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 1992.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. dos S. e MOYSÉS, N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. e FRANÇA, T. (Orgs).* *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011.

MORENO, A. B. *et al.* Trabalhadores da saúde: diferenças de escolaridade entre o setor público e o privado: um estudo a partir da Pnad-2005. *In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. e FRANÇA, T. (Orgs.).* *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(3): 332-342, set. 1987. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x1987000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 fev. 2013.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. *Formação, Revista*, 2(5): 5-16, maio. 2002. Brasília.

PEREIRA, I. B. e RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

POCHMAN, M. *Nova Classe Média? O Trabalho na Pirâmide Social Brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2012.

VIEIRA, M. *et al.* A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. *Formação, Revista*, 3(8): 28-43, maio. 2003a.

VIEIRA, M. *et al.* *As Ocupações Técnicas nos Estabelecimentos de Saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE*. Brasília: Ministério da Saúde, Profae, 2003b. (Relatório final)

Apêndice E

Os Trabalhadores Técnicos de Saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais: a relação entre qualificação e inserção ocupacional

Texto encaminhado para publicação em formato de Ebook, organizado como produto das apresentações realizadas no Seminário Saúde, Desigualdade e Políticas Públicas organizado pela ENSp FIOCRUZ e Universidade do MINHO, Portugal em dezembro de 2013 (no prelo).

Os trabalhadores técnicos de saúde e a construção de suas trajetórias: a relação entre qualificação e inserção ocupacional

Introdução

Este artigo discute a relação entre trabalho, qualificação e a construção das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde. Entende-se que as trajetórias ocupacionais conformam processos de mobilidade coletiva que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões, com suas rupturas e descontinuidades. Com base em entrevistas com quatro grupos de trabalhadores que ocupam postos de nível médio: agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, trabalhadores da área de vigilância em saúde e saúde bucal enfatiza-se na análise os processos de qualificação e a inserção no mercado de trabalho em saúde. Busca-se compreender as motivações de ingresso, permanência na ocupação, a ideia de futuro e as expectativas profissionais. Trata especificamente da relação entre as trajetórias, a qualificação e a inserção laboral. O texto procura dar continuidade a estudos anteriores que analisaram a composição e a dinâmica da formação e inserção profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no país e as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, que chamaram atenção para a pertinência de investigar também as representações que os trabalhadores fazem de seu trabalho. Apoiar-se no conceito de qualificação, entendido como histórica e socialmente construído (Castro, 1993; Tartuce, 2002) e que considera os trabalhadores qualificados devido à existência de regras deliberadas de restrição à ocupação, coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas – e não necessariamente em decorrência da natureza mesma da ocupação desempenhada (Castro, 1993, p.80). Trata-se de um processo em que o nexos entre trabalho e qualificação deve ser buscado na própria trama das relações técnicas, políticas e sociais presentes no processo de trabalho, na dinâmica da formação/qualificação profissional e do mercado de trabalho.

Buscando dar conta dessa articulação, a ênfase recai na narrativa dos trabalhadores sobre o ingresso e permanência na ocupação e nas suas expectativas profissionais. As reflexões acerca das trajetórias ocupacionais na saúde levam em consideração as chances de disputa por postos de trabalho em um quadro mais geral de redução e precarização do emprego assalariado e de intensificação da seletividade do mercado do trabalho no país. Considera-se

também a especificidade do mercado de trabalho em saúde, no qual essas mudanças em curso no mundo do trabalho não vêm acarretando a redução do emprego. Na verdade, o que se tem verificado no campo da saúde nas últimas décadas é o aumento de postos de trabalho -- o trabalho vivo segue sendo central --, alavancado tanto pelo crescimento da rede pública, quanto da rede privada, pela expansão expressiva da cobertura da atenção básica, pelo uso intensivo da força de trabalho, pela diversificação e ampliação dos serviços e pelo envelhecimento da população, configurando um mercado de trabalho caracterizado pela prevalência de formas flexíveis de contratação e o correspondente incremento da desregulamentação (Varella e Pierantoni, 2008).

A especificidade do mercado de trabalho em saúde se revela também no nível de qualificação formal da força de trabalho que apresenta, segundo Dedecca (2013) uma média de 14 anos de escolaridade nas ocupações nucleares do setor – típicas do atendimento direto à população –, superior à média do mercado de trabalho brasileiro, contribuindo assim para influir de forma positiva no perfil de qualificação da estrutura ocupacional do país (idem).

As reflexões aqui contidas baseiam-se em parte transcrita das entrevistas em profundidade realizadas com 32 agentes comunitários de saúde, 24 técnicos de enfermagem, 11 trabalhadores da vigilância em saúde e 12 da saúde bucal que atuam no Estado do Rio de Janeiro, em Belho Horizonte e em Blumenau, contatados através da rede de relações pessoais dos pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio envolvidos no projeto, das equipes de apoio ao trabalho de campo regional da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e da Escola Técnica de Saúde de Blumenau assim como de alunos dessas escolas. Procurou-se diversificar os entrevistados quanto à idade, sexo, tipo de vínculo – público ou privado –, ao nível e qualificação formal e tempo de permanência no mercado de trabalho em saúde. Foram entrevistados também profissionais do sexo masculino, mas a maioria dos entrevistados é constituída por mulheres, o que se explica pela histórica predominância do sexo feminino no campo da enfermagem e nas profissões da saúde, sobretudo nas ocupações que não exigem altos níveis de qualificação profissional, conforme informado no tópico desse relatório que analisa os dados acerca da força de trabalho em saúde no Brasil. As entrevistas foram orientadas por roteiro estruturado e tiveram como objetivo recolher o relato dos

trabalhadores em torno de aspectos considerados pertinentes à detecção e análise das suas trajetórias ocupacionais: percursos de formação/qualificação; itinerários de trabalho; motivações para o ingresso no mercado de trabalho em saúde; trajetória no trabalho em saúde; e expectativas profissionais. Foram coletadas também informações sobre o perfil socioeconômico dos entrevistados e de suas famílias de origem, enfatizando-se as atividades profissionais exercidas e escolaridade dos pais e demais membros da família.

1. Sobre trajetórias ocupacionais

As transformações no mundo do trabalho que se intensificaram no país a partir dos anos 1990, acarretaram a presença de novos/renovados fenômenos – desemprego, terciarização da economia, terceirização, precarização das relações de trabalho, etc. –, sobre os quais se detiveram várias disciplinas, entre as quais a sociologia do trabalho e da educação, no que tange à formação/qualificação profissional, ao mercado e às condições político-institucionais do emprego. É incontestável que, em conjunto, esses processos acarretam graus mais ou menos elevados de vulnerabilidade social (Castel, 2005), tornando a imprevisibilidade e a intensa circulação – não raro interrompida por períodos de desemprego – pelas mais diversas atividades formais e/ou informais, as principais características das trajetórias dos trabalhadores brasileiros, mesmos nos estratos médios da classe trabalhadora.

Concordando com Castel (2005), a alternância entre diferentes situações de emprego e desemprego, formalidade e informalidade, postos de trabalho mais ou menos qualificados, etc., conforma trajetórias descontínuas, marcadas por constantes idas e vindas das diferentes instâncias de formação/qualificação/requalificação da força de trabalho. Trata-se de enfrentar a "sociedade de risco", cuja "insegurança endêmica será o traço distintivo que caracteriza o destino futuro da vida da maioria dos seres humanos, mesmo a classe média, aparentemente bem situada!" (Beck, 2000, p.11).

Nesse contexto, as trajetórias ocupacionais assumem relevância analítica tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, cabendo ressaltar que ambas as abordagens devem ser tomadas, em concordância com Minayo (2004), como complementares. Adota-se aqui o ponto de vista qualitativo buscando recuperar as

experiências vividas no passado para explicar a situação que o trabalhador ocupa no presente em relação ao mercado de trabalho e ao seu percurso de formação/qualificação. A premissa é a de que as narrativas dos trabalhadores constituem fragmentos particulares que dão acesso aos contextos sociais em que eles se inserem.

Com base nas entrevistas realizadas, as trajetórias ocupacionais são tomadas neste texto como percursos de vida no tempo e no espaço que conformam processos de mobilidade coletiva, processos estes que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões, com suas rupturas e discontinuidades. Nesta perspectiva, as ações dos trabalhadores não são tomadas apenas como resultado de sua inserção de classe, nem como consequência de decisões estritamente individuais, mas como aponta Cardoso, (2013; 213),

Em qualquer ponto no tempo, o que uma pessoa é resulta de uma sucessão de imposições, escolhas e decisões condicionadas que configuram o que estou denominando aqui, como trajetória individual. [...] Mais ainda, esses resultados não são aleatórios ou estritamente individuais, sendo, com toda a probabilidade, tipicamente compartilhados com outras pessoas, de tal modo que, em qualquer ponto no tempo, será sempre possível elaborar hipóteses acerca das probabilidades de percurso de grupos de indivíduos, tendo em vista determinadas características por eles compartilhadas no ponto de partida.

2. Inserção e permanência na ocupação

Busca-se neste item compreender os aspectos realçados pelos entrevistados como relevantes para o ingresso na ocupação estudada. Para tanto, procura-se recuperar de forma breve o início de suas vidas produtivas, em conexão com os percursos de formação/qualificação, visto que a literatura pertinente ao tema sinaliza a importância analítica desse procedimento. Para tanto, é pertinente considerar as estratégias de acesso aos postos de trabalho, as características adscritas do trabalhador, a disponibilidade de capital social e cultural, as redes de relações pessoais, os contatos profissionais e o papel ocupado na estrutura familiar (Castro, 2001).

Uma breve descrição dos entrevistados indica que praticamente todos cursaram o ensino fundamental e médio em escolas públicas, raramente em instituições privadas, sendo seus percursos de formação/qualificação e de inserção no mercado de trabalho frequentemente descontínuos e marcados por períodos de

retorno a escola e/ou instâncias de qualificação. Via de regra, iniciaram a vida produtiva antes de concluírem estes níveis de ensino, interrompendo-os ou combinando-os com o exercício de atividades remuneradas, seja para contribuir na renda familiar, seja para possibilitar a continuidade dos estudos, seja ainda para construírem sua independência financeira em relação à família. Isso porque todos, sem exceção, são oriundos de famílias que enfrentaram, em maior ou menor grau, dificuldades financeiras, visto que os pais pouco escolarizados ocuparam quase sempre ao longo da vida, postos de trabalho pouco qualificados, de baixa remuneração, circulando entre ocupações formais e informais, o que não constitui nenhuma novidade em relação aos trabalhadores brasileiros que compartilham a mesma origem social. Esta é a situação familiar mais recorrente entre estes trabalhadores:

Comecei antes [dos dezoito anos], [...] minha família sempre foi muito humilde. [...] meu irmão começou a trabalhar com nove anos [...] limpando jardim, [...]. Comecei [,,,] tomando conta de uma senhora. Lavava louça, dava o cafezinho [...]. Depois [trabalhou] em supermercado, trabalhei em mini loja, panfletando na rua, [...] até entrar para o Saúde da Família. [...] quando entrei era o PACS [Programa de Agentes Comunitários de Saúde], [foi devido à] necessidade [...] já tinha uma filha para criar. Não conhecia direito o trabalho do ACS, aprendi convivendo ali [...]. (Carolina, ACS, 32 anos).

Com 17 anos comecei a trabalhar. Eu estudava a noite e fui trabalhar também para ajudar em casa, com a passagem [...] Meu primeiro emprego foi numa fábrica de gesso, fazia peças de gesso moldadas [...] (Roberto Carlos, ACD, 48 anos)

Após essa experiência, Roberto Carlos ficou cerca de 10 anos trabalhando com a fabricação de bolsas, primeiro numa fábrica e depois em casa junto à esposa. Percebe-se que o início da trajetória ocupacional desse último entrevistado esteve associado a atividades que valorizam a habilidade manual, ainda que esse fato não tenha sido associado ao trabalho na área de saúde bucal ao longo do depoimento.

Já Nilza largou os estudos cedo para trabalhar, mas não conseguia trabalho por ser menor de idade e então retomou os estudos via supletivo e voltou a procurar emprego com 18 anos e “trabalhou picado” ao longo de cerca de 6 anos antes de se inserir na área da saúde.

Com 18 eu comecei numa fábrica de bolsas que minha mãe conseguiu. Lá eu trabalhei 09 meses e eu entrei numa fábrica de roupas e fiquei mais de 02 anos e entrei numa fábrica de bolsas de novo e lá eu fiquei mais de 02 anos, aí eu sai e trabalhei picado. (Nilza, vigilância, 45 anos)

Nos casos em que o início da vida produtiva se deu após a conclusão dos primeiros níveis de ensino, houve a necessidade de que outros membros da família assumissem a responsabilidade financeira para a não interrupção dos estudos, conforme esclarece a fala abaixo:

"[Após o término do ensino médio] fiz muitas coisas. [...] meu sonho era ser militar [...] aeronáutica. Fiquei um ano fazendo pré-militar, cheguei a passar na prova, mas eram trezentas e poucas vagas e assei em seiscentos e pouco. Fiquei frustrada e desisti. [...] Falei [para ex ex-namorado]: "Cara, preciso de dinheiro. Patologia não dá dinheiro porque é um campo fechado. Ele falou para mim: "Tem um curso técnico de enfermagem no [hospital] Silvestre". Falou que era por prova, o curso era de graça, só pagava as apostilas. Era o dia inteiro, todos os dias. Davam café da manhã, almoço e lanche. Só tinha que pagar o transporte [...]. Fiz a prova de seleção e passei. [...] Eu falei: "Vou ligar para saber o resultado, mas já sei que não passei". A menina falou que tinha passado. Fiquei feliz, mas não sabia o que era enfermagem. [...] Falei: "Mãe, você vai ter que me bancar". [Mãe] Vamos lá fazer coxinha!" (Esmeralda, técnica em enfermagem, 28 anos).

De modo geral, antes do ingresso no mercado de trabalho em saúde os entrevistados estavam inseridos em atividades as mais diversas, configurando trajetórias não lineares. As entrevistas apontam que a busca pelo primeiro emprego está marcada pela necessidade de ajudar em casa, conforme relata Peterson.

Eu queria trabalhar para poder ajudar em casa. De carteira assinada eu comecei com 14, mas antes já arrumava casa, fazia tudo na casa (Peterson, vigilância, 36 anos)

Esta primeira atividade, na maior parte das vezes, raramente influencia o desdobramento das trajetórias profissionais. O início da vida produtiva é marcado quase sempre pelo exercício das mais diferentes atividades, formais ou não, em vários setores da economia, o que aponta para a dificuldade de construir um projeto profissional claramente definido.

Trabalho fora desde os doze anos. [...] comecei como ajudante de transporte de criança, [...]. Depois fui trabalhar numa eletrônica como recepcionista. Depois trabalhei numa empresa de ônibus como secretária. Acho que [...] foi o único emprego [em] que trabalhei no que me formei. [...] [Depois] Fui trabalhar na Americanas [...] estava esperando conseguir um emprego [melhor], [com] mais possibilidades de ascensão. [Posteriormente] me inscrevi [para] fazer prova para Prefeitura A princípio pensei que fosse pra ser estatutária. Estudei [...] porque tinha tempo que estava formada. Fiz a prova, passei e quando me chamaram, falaram que era para trabalhar para uma Organização Social. Como estava desempregada, falei: Está, **tudo bem. [...] estou dentro [...]** (Carla, ACS, **ANOS**).

Esta fala também destaca as circunstâncias em que se dá a escolha pela atividade de ACS, na maior parte das vezes desconhecida pelos entrevistados³³. De fato a necessidade de obter um emprego e/ou a tentativa de melhoria salarial, é recorrente neste grupo ocupacional. É possível constatar que a expansão da atenção básica e a conseqüente demanda por ACS, além da baixa exigência de escolaridade, vêm tornando a atividade uma alternativa viável para as populações mais pobres, sobretudo para as mulheres. Diante da imprevisibilidade que marca a trajetória anterior desse grupo, chama atenção a associação que os entrevistados fazem entre a natureza pública da atividade e a estabilidade do servidor estatutário, ainda que no caso do Rio de Janeiro, estes trabalhadores sejam terceirizados, incorporados através de organizações sociais de saúde que mediante convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, vêm gerindo a Estratégia Saúde da Família.

Esse contexto de desconhecimento da natureza do trabalho a ser realizado, mencionado pela agente comunitária de saúde, associado à necessidade do emprego também marca o início da trajetória na saúde dos que atuam na vigilância e na saúde bucal. Para Peterson, a entrada na vigilância foi um acaso.

Quando a fábrica de bolsa quebrou, meu cunhado tinha um conhecido que trabalhava nessa empresa, eles estavam precisando aí a gente entra e aprende (Peterson, vigilância, 36 anos).

Eu trabalhava próximo a um posto de saúde e alguém me falou que estavam recebendo currículos [...] Foi a necessidade (Vanessa, vigilância, 32 anos).

Os casos de Diovana e Joel que possuem formação profissional na área de enfermagem, mas atuam na vigilância pelas oportunidades surgidas, reforçam a percepção de que, dos quatro grupos ocupacionais estudados, a enfermagem é a que se distingue pela maior nitidez identitária. A enfermagem conforma uma área de atuação profissional mais desejada, o que pode ser explicado pelo lugar socialmente ocupado por essa antiga profissão na sociedade e também no interior da área da saúde, especialmente se considerarmos que 80% dos postos de trabalho de enfermagem exigem o ensino médio e formação auxiliar ou técnica. Os dados relacionados à distribuição da força de trabalho em saúde pelas diferentes

³³ Cabe observar que a maior parte dos ACS entrevistados atuam em municípios de grande porte, o que pode explicar essa percepção, visto que nestas regiões o vínculo deste trabalhador com a população atendida tende a ser mais diluído.

categorias profissionais apresentados nesse relatório ilustram a relevância da enfermagem.

Eu fiz concurso para técnico de enfermagem, mas entrei como agente de saúde e abriram a área de vigilância e saúde do trabalhador e eu fui para lá e tem 18 anos que estou lá (Diovana, vigilância, 46 anos).

Eu estou no último ano de graduação em enfermagem [...] Fiz o concurso para a prefeitura em 2008 {em vigilância} porque era emprego público, estabilidade do emprego público e pelo fato de eu gostar da área da saúde. (Joel, vigilância, 25 anos)

No caso dos que atuam como ACS, as entrevistas revelam que a possibilidade de combinar essa ocupação com outras atividades remuneradas, se constitui em aspecto que parece explicar a permanência como ACS. Trata-se, neste caso, de atividades, sobretudo, informais como, por exemplo, a venda de doces. No caso da enfermagem se acresce a possibilidade de múltiplas e concomitantes inserções na própria área (dois ou mais plantões, vínculo público e privado, cuidados domiciliares).

Parte dos trabalhadores de enfermagem entrevistados aponta a área da saúde como um "projeto de vida", mas assim como muitos jovens brasileiros que pretendem abraçar carreiras socialmente mais valorizadas, acabam por ter que optar por profissões de menor prestígio social.

Era simpatia com a área, [...]. A profissão que queria ter feito na época era odonto. (...) Sempre tive vontade de ser dentista. Medicina nunca me atraiu tanto. Lembro que na época em que prestei vestibular, [...] a primeira opção foi odontologia, a segunda enfermagem e a terceira não lembro se era fisioterapia [...]. Mas, consegui para enfermagem (Eduardo, 26 anos, advogado e técnico de enfermagem).

O caso de Geraldo também ilustra a questão. Filho de protético fez também esse curso técnico em 1996 e depois fez os cursos de auxiliar de consultório dentário e técnico de saúde bucal para "se aproximar desse ambiente", pois sempre quis ser dentista. Em 2013 Geraldo conseguiu condições de pagar uma faculdade nessa carreira.

[...] Pretendia fazer faculdade de odontologia [...] Na verdade, o meu objetivo era fazer a faculdade, mas para mim era uma coisa fora da realidade [...] sinceramente, eu não tinha noção de como fazer uma faculdade, eu não dispunha de pessoas que me orientassem para isso. (Geraldo, saúde bucal, 36 anos).

Cabe registrar que a enfermagem foi quase sempre uma escolha orientada por alguma familiaridade com as atividades da área da saúde, seja devido à experiência

profissional de parentes e amigos, seja porque se viram na contingência de cuidar de membros da família, o que acabou por configurar uma possibilidade de escolha profissional.

A família toda era da enfermagem. Todo mundo fez curso técnico. Muitas vezes, por não ter com quem deixar ou estar doente e não poder ir para escola, minha mãe me levava para ficar com ela no hospital enquanto ela trabalhava. Era uma questão de ver, de vivenciar aquele mundo. [...] você acaba entrando na festa (Eliane, técnica e enfermeira, 41 anos).

Tratava de um avô que tinha câncer então eu dava apoio, trocava fralda, bolsa de colostomia, sondas (Joel, vigilância, 25 anos).

O trecho que se segue é exemplo de que as escolhas profissionais resultam de estratégias coletivas e aponta para a percepção social do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem como espaço profissional destinado as camadas subalternas da sociedade, além de relativizar a vocação como orientadora da opção profissional.

Minha mãe foi auxiliar de enfermagem trinta e dois anos. Sempre falou para eu fazer o curso [enfermagem]. Eu dizia que para fazer o curso precisava ter vocação. Ela dizia que a vocação vinha depois do curso. [...] Na época, eu trabalhava como auxiliar de escritório. Quando saí pela primeira vez da firma, me deparei com um pouco de racismo. Tinha seis anos de trabalho como auxiliar de escritório e não consegui emprego em lugar nenhum por causa da pele e da aparência. Falei: “[...] O único lugar que aceita as pessoas do jeito que são é a saúde, [...]” (Evelina, técnica em enfermagem, 56 anos).

Outro aspecto mencionado com frequência pelos entrevistados que pode justificar, ao menos em parte, a permanência na saúde apesar dos baixos salários e das desgastantes condições de trabalho, foi o fato de gostarem de cuidar das pessoas. Via de regra, este aspecto aparece associado à explicitação da importância social do trabalho que desempenham.

[...] medicina era um sonho de criança. [...] criança [...] o primeiro contato é com médico. Não tanto [com] a enfermagem. [...] tentei fazer mesmo assim [ingressar na faculdade de medicina]. Depois percebi que deveria ter feito logo enfermagem, [...]. Gostava da aproximação com o paciente. Pude ver [...] que o médico tem uma relação diferente. [...] Se tentasse mais vezes, acredito que teria passado, mas percebi que [...] gostaria de ficar na área da enfermagem e abracei (Ester, técnica de enfermagem, 26 anos).

As entrevistas sugerem que tanto para os ACS quanto para os trabalhadores da vigilância e da saúde bucal que ocupam postos de nível médio, não existem diferenças acentuadas quanto às razões que informam a inserção inicial e a permanência no setor. Ou seja, os depoimentos coletados sugerem fortemente que

a oferta ou não de emprego se constitui em fator preponderante para a inserção ocupacional, momento em que se avaliam as possibilidades vislumbradas no mercado e as chances individuais de disputá-las.

Foi possível constatar que, uma vez inseridos na área da saúde, as trajetórias tendem a se tornar mais estáveis e previsíveis. Esse é o caso de Roberto Carlos que após uma trajetória ocupacional de atividades diversas teve a oportunidade de se inserir numa empresa de saúde que atendia a construção civil para trabalhar na recepção.

Fiquei uns dois anos como atendente na recepção e depois fui ser atendente na parte de odontologia. Com isso, conheci os dentistas [...] fiquei amigo de um [...] ele me alertou que teria inscrição [...] fiz a prova, passei e comecei o curso de auxiliar de consultório e estou até hoje, há 13 anos. Roberto Carlos, saúde bucal, 48 anos).

Nilza, tendo passado pela indústria e pelo comércio, afirma ter caído de paraquedas na área da saúde e mantém-se na área há 17 anos.

[...] quando fiz o concurso para a zoonoses eu não sabia nem o que era, eu não sou muito fã da área da saúde [...] saiu o concurso, vários amigos fizeram, mas quem passou foi só eu (Nilza, vigilância, 45 anos).

Essa estabilidade parece mais marcante para os trabalhadores da área de enfermagem. Esse fato pode ser explicado pela exigência inicial de formação técnica e/ou pela possibilidade de dar continuidade a um processo de profissionalização na área através de um curso superior de enfermagem e mesmo de pós-graduação em diferentes ofertas formativas nos grandes centros urbanos.

Ressalta-se que as entrevistas revelam que nem sempre a escolaridade está associada ao cargo ocupado, confirmando o que vem sendo denominado de hiperqualificação, característico do novo mundo do trabalho. Foram constatados casos em que os profissionais da enfermagem com nível superior permanecem inseridos como auxiliares ou técnicos seja pela pouca oferta de postos mais qualificados no mercado de trabalho em saúde seja pela estabilidade adquirida, pelo tempo de vínculo, pela proximidade da aposentadoria e pela natureza do trabalho que, conforme já mencionado, permite acumular inserções diferenciadas como, por exemplo, no caso da Eva:

[...] a maioria dos técnicos [do Instituto Nacional do Câncer - Inca] tem graduação, até porque o salário de lá é um salário bom. No Inca eu ganho

duas vezes o que ganho na faculdade. A questão da estabilidade e do retorno financeiro acaba [nos] segurando lá. [...] Tem amigas que são enfermeiras na Prefeitura há quinze anos e há quinze anos trabalham no Inca como técnicas (Eva, 32 anos, técnica e enfermeira).

Já Eliane, após graduar-se em enfermagem conseguiu nova inserção via concurso público e abriu mão do vínculo anterior, também público, como técnica.

Sou enfermeira. Não trabalho mais como técnica. Tranquei o Conselho como técnica. Trabalhei como técnica enquanto fiz a faculdade, [...]. Foi só para me ajudar, porque, mesmo fazendo faculdade pública, tinha a passagem, tinham os livros [...] (Eliane, 41 anos, enfermeira e ex técnica).

Para essa entrevistada a inserção como enfermeira significou uma ascensão profissional, o que de certa forma lhe permite expor de forma contundente as condições de trabalho que, em geral, são compartilhadas pelos técnicos de enfermagem.

Técnico, coitados [...] é uma exploração absurda. Trabalha sentado, virando o paciente, segurando. Acho que não existe nenhum técnico de enfermagem que comece sua carreira jovem e termine na maturidade [sem] milhões de problemas de coluna ou coisas muito sérias. É sempre muito peso. Normalmente são mulheres, não se consegue um colega homem. É um trabalho braçal. Segura paciente obeso, coloca o paciente no leito, tira [...] do leito, troca a fralda. [...] É muito diferente do enfermeiro. Não que ele não trabalhe, [...]. Dificilmente vai encontrar os enfermeiros botando, tirando, limpando o paciente, dando banho. Pode ver até ajudando: [...], mas [não coloca] a mão na massa [...] (Eliane, 41 anos, ex técnica e enfermeira).

3. Aspirações profissionais

As entrevistas realizadas confirmam que, diante da instabilidade e precariedade que caracteriza o trabalho no mundo contemporâneo, a busca por segurança econômica constitui a primeira grande aspiração dos trabalhadores, diferentemente do que afirmavam nos anos 1990 os apologistas da flexibilidade, que acarretaria para todos o melhor dos mundos. Conforme aponta Cardoso (2013, p. 52) "a crise do emprego dos anos de 1990 parece ter feito crescer no imaginário popular o desejo de um emprego com carteira assinada, portanto com direitos trabalhistas e alguma segurança em um ambiente de grandes turbulências na economia".

Nessa tentativa, a inserção com o vínculo estatutário aparece como a alternativa mais desejada:

Sempre pensei em estudar pensando no futuro, para me aperfeiçoar, melhorar, [...]. [...] os técnicos que vejo atuarem como enfermeiros, a maioria já têm uma matrícula. Não vejo ninguém dizer: "Trabalhei a vida

inteira como CLT, continuo com CLT sendo técnico mesmo tendo a graduação”. Isso, na maioria das vezes, não acontece. Eles abrem mão e vão trabalhar como enfermeiros. Mas quem já tem uma matrícula, mesmo que paguem menos, geralmente não abrem mão. Continuam trabalhando como técnicos e têm toda sua vida lá fora como enfermeiros (Eva, 32 anos, técnica e enfermeira).

Ainda assim, mesmo quando os trabalhadores já estão inseridos em uma relação de trabalho juridicamente protegida, revelam o desejo e esforços de ampliar sua formação/qualificação na tentativa de buscar inserções laborais que proporcionem melhores condições de vida, reconhecimento e realização pessoal. Evandro, da área de enfermagem, aponta como saída uma especialização mantendo-se como técnico:

Quando comecei a trabalhar, vi que era bem explorado. [...] arrumei logo uma clínica de psiquiatria pertinho. Eu via que era uma exploração muito grande e era desvalorizado. Tentei ver o que poderia fazer na minha área para ganhar melhor. Soube da enfermagem do trabalho. Estava começando e pagava melhor. Fiz o curso [...] (Evandro, 50 anos técnico de enfermagem).

Os trabalhadores da área de vigilância em saúde que iniciaram a graduação pretendem permanecer na área enquanto se aproximam da profissão escolhida, possibilitada pelo emprego na área da saúde. Esses são exemplos de trajetórias de quem trabalhou para estudar e segue tentando inverter essa relação, ou seja, estudar para trabalhar em outra ocupação que traga mais remuneração e reconhecimento. Para os que já concluíram a graduação, a expectativa é de mudança profissional.

Agora que me formei, tenho outra visão, penso até em sair daqui. [...] Como fiz o curso de enfermagem e sou enfermeiro, se eu conseguir passar no concurso da saúde da família aí seria melhor ainda. [...] eu me formei, não justifica ter um salário de mil reais (Peterson, vigilância, 36 anos).

O meu foco é ter qualidade de vida [...] então no ano que vem eu vou tentar concurso público, eu amo a área de direito, então eu faço concurso para tribunal (Nilza, vigilância, 45 anos).

Vanessa, que também atua na área de vigilância e é tecnóloga em gestão, enfrenta um luto pela recente perda do pai, mas, ainda assim, aspira seguir estudando.

Eu tenho vontade de fazer um curso de inglês, espanhol, quero me aperfeiçoar. Eu quero crescer na área que me formei, tenho vontade de fazer psicologia, que é bacharelado. E na área de gestão, o tecnólogo que eu fiz estuda um pouco de psicologia; então eu acho que seria rico em conhecimento e aprendizado para mim. Então eu não pretendo ficar como

agente de combate a endemias por muito tempo, não quero. (Vanessa, vigilância, 32 anos)

Geraldo, o entrevistado que é protético, auxiliar de consultório dentário, técnico em saúde bucal e cursa odontologia, após 18 anos atuando na área, quer realizar o sonho de ser dentista.

Quero terminar minha faculdade. Esse é o meu maior objetivo e o meu sonho. Desde que eu me entendo por gente, essa era a minha vontade. Eu estou pegando isso com unhas e dentes, literalmente (Geraldo, saúde bucal, 36 anos).

Eloísa, enfermeira, servidora pública e ex-técnica de enfermagem, relata o desgaste e a pressão psicológica derivados do dia a dia na assistência vem sendo possível construir um percurso alternativo na própria enfermagem voltado para a docência e pesquisa no âmbito do ensino superior, possibilitado pela pós-graduação.

[...] gostaria de ficar na academia, mas tenho quase certeza que não vai ser agora. [...] tem um caminho ainda a percorrer. Mas a meta [é o] doutorado. Organizei a vida o suficiente para ir em frente. Gostaria de estar em sala de aula, me dedicar também à pesquisa, dar um tempo da assistência. Acho que já cheguei onde tinha que chegar, não dá mais. [...] É muito desgastante, estou sendo submetida a fazer coisas que eu não concordo e não aceito. [...] Quando vejo uma situação na qual não posso ajudar e fazer parte daquele processo de cuidado por falta de instrumentos ou que a chefia acha que deve ser feito de qualquer forma, [...] essa parte não quero mais compactuar. É assim que está a saúde. [...] a sobrecarga é muito grande (Eloísa, 45 anos enfermeira).

No caso dos ACS, as entrevistas revelam o desejo de permanência na atividade, quase sempre relacionado ao fato de gostarem de cuidar de pessoas e à estabilidade na atividade em relação à trajetória anterior. Apontam também para a possibilidade de mudança de atividade através da realização de cursos na área da enfermagem ou outra graduação na saúde, como por exemplo, o serviço social e a psicologia.

Agora quero mergulhar na psicologia. Estou sentindo falta por ser ACS. O trabalho [do ACS] é prevenção e promoção. Uma das ferramentas mais ricas [do ACS é] escuta ativa [...]. O mínimo que o morador espera é que [o] escute. Não estou levando remédio, médico. Estou levando o meu corpo, a minha alma, [...]. Acho que tem que escutar [...] o que está acontecendo com ele. Às vezes, com uma simples escuta, tira o morador da depressão, da angústia, da agonia. Ele queria alguém para [ouvi-lo]. Às vezes ninguém da família quer ouvir. O ACS tem essa riqueza. Sempre falo para os colegas: "Se vocês não têm o dom da escuta, não sejam ACS" [...] (Celso, 35 anos, ACS).

O depoimento aponta também para o estímulo propiciado pelo próprio trabalho no sentido de prosseguimento dos estudos na área da saúde. Vale notar que embora vários já tenham graduação, permanecem como ACS. Cecília de 33 anos, por exemplo, já era técnica de enfermagem quando iniciou o trabalho como ACS, preferido por lhe possibilitar realizar a graduação em enfermagem: "a flexibilidade de horário [...] era bem melhor para estudar do que como técnica, resolvi passar para ACS". Informou ainda que se encontra em processo de retorno para seu estado natal, onde ainda residem seus pais, para ocupar um cargo de enfermeira em uma unidade pública de saúde e onde pretende cursar pós-graduação na área.

Após alcançar inserção mais estável e duradoura como ACS e técnicos de enfermagem, os entrevistados aspiram construir trajetórias ocupacionais que buscam coerência entre qualificação e ocupação. Ainda assim é necessário destacar a trajetória de Eduardo que, após um percurso virtuoso na enfermagem como técnico estatutário e graduando em enfermagem em universidade pública de grande prestígio, reviu suas aspirações considerando as dificuldades enfrentadas na área e decidiu graduar-se em direito.

A área da saúde é muito complicada para trabalhar, um inferno, [...] muito cansativo, salários muito baixos. A perspectiva de crescimento é muito pequena. Para um salário razoável, tendo o ensino médio [...], tem que trabalhar em três empregos. Tenho colegas que trabalham em três, quatro empregos; não vivem, emendam um emprego no outro, um plantão no outro e isso é uma rotina muito complicada [...]. Sempre gostei de direito. (...) achava interessante estudar a sociedade, as leis. [...] Mas nunca me dediquei [...] achava incompatível com o meu padrão de vida, de conhecimento, [...]. "Maluquice, vou trocar de área, estou encaminhado, estou em hospital público". [...] não tinha nada a ver: "Vou ver no que vai dar". Sou novo, o momento bom é esse e estou super feliz, consegui (Eduardo, 26 anos, advogado e técnico de enfermagem).

O entrevistado, filho único de mãe bancária, pai taxista, cursou o ensino fundamental em escola privada e a educação profissional integrada ao ensino médio em uma escola pública. Sua trajetória ilustra a centralidade das condições socioeconômicas da família, no caso menos precárias que as de vários outros entrevistados, associadas à escolaridade dos pais, sobretudo da mãe, na conformação de projetos de vida.

Considerações finais

Diante do exposto, é possível afirmar que antes da inserção na área da saúde, as trajetórias de vida parecem descontínuas e não evidenciam coerência entre qualificação e ocupação. Nesse sentido, trabalhar significou a oportunidade de dar prosseguimento aos estudos, cabendo considerar que o início da vida produtiva não se configura como uma etapa de um projeto profissional claramente definido que se desdobra de forma linear ao longo do tempo.

É de se notar que a entrada na área da saúde está relacionada primordialmente à necessidade de obtenção de emprego, dada à oferta de emprego na área, frequentemente mencionada nas entrevistas. Do mesmo modo parece estar associada a alguma familiaridade com o trabalho na área e a construção de uma orientação profissional mais claramente definida.

O emprego na saúde aparece associado a busca de maior estabilidade, segurança profissionais e remuneração. Para tanto os trabalhadores empenham-se para conseguir melhores postos de trabalho, recorrendo à continuidade da formação/qualificação, contudo, nem sempre a situação ocupacional buscada no plano das iniciativas de formação profissional se concretiza.

Enfim, mesmo que preliminarmente, foi possível constatar a pertinência de eleger como eixos analíticos os itinerários de formação/qualificação, a inserção e os percursos no mercado de trabalho que devem ser tomados de forma articulada.

Referências

BECK, Ulrich. **Un nuevo mundo feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización**. Buenos Aires, Paidós, 2000.

CARDOSO, Adalberto. **Ensaio de sociologia do mercado de trabalho brasileiro**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2103.

CASTEL, Robert. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Porto Alegre, Editora Vozes, 2005.

CASTRO, Nadya de A. Qualificação, qualidades e classificações. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 4, n. 45, ago. 1993.

DEDECCA, Cláudio S. e TROVÃO, Cassiano José B. Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600008>.

MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2004.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. **O que há de novo no debate da qualificação do trabalho? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, São Paulo, USP, 2002.

VARELLA, Thereza. C. e PIERANTONI, Célia. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, 18 (3), pp. 521:544, 2008.

Apêndice F

Trajetórias de vida, trajetórias ocupacionais/educacionais e qualificação

Comunicação apresentada no Seminário Aspectos da Qualificação Profissional no SUS organizado pelo Observatório dos Técnicos em Saúde, realizado na EPSJV-FIOCRUZ entre os dias 7 e 8 de maio de 2013.

Trajetórias de vida, trajetórias ocupacionais/educacionais e qualificação

O Observatório de Técnicos em Saúde entende que a atual expansão da educação profissional em saúde promovida pelo Ministério da Saúde deve ser acompanhada por estudos que ultrapassem diagnósticos exploratórios acerca do contingente de técnicos no país e aprofundem as possibilidades de construção de processos de qualificação no campo da educação profissional, bem como sobre a relação desses processos com a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e a inserção dos trabalhadores técnicos nesse mercado.

O projeto **Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil**, sobre o qual vou tecer algumas considerações, tem como objetivo caracterizar e analisar, em suas múltiplas relações, a dinâmica das trajetórias educacional e profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. Nesse sentido, considera-se a qualificação e a trajetória ocupacional desses trabalhadores como analiticamente fundamentais para a compreensão da relação entre formação e inserção profissional dos técnicos em saúde.

Nossa compreensão de qualificação já foi apresentada pelas colegas que me precederam. Cabe aqui tratar do que entendemos por trajetória ocupacional. Uma primeira compreensão mais geral seria que as trajetórias são percursos de vida no tempo e no espaço que conformam processos de mobilidade coletiva, processos estes que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões (trabalho, escola, família etc), com suas rupturas e descontinuidades.

A pesquisa parte da constatação de que no Brasil contemporâneo, a transição escola/trabalho constitui percursos cada vez menos lineares e marcados por períodos de retorno à escola e/ou instâncias de qualificação profissional da força de trabalho. No caso dos trabalhadores, a análise da transição escola-trabalho que, em geral, tem como perspectiva o primeiro emprego, precisa ser ampliada de maneira a incluir o movimento pendular trabalho-escola-trabalho.

Cabe ressaltar que o projeto parte da premissa de que os trabalhadores não sofrem passivamente a degradação de suas condições de reprodução, muito embora os recursos materiais e simbólicos de que dispõem sejam limitados e desigualmente distribuídos.

O trabalho que vem sendo desenvolvido considera estudos que analisam as transformações no mundo do trabalho que se intensificaram no Brasil a partir dos anos 1990 em diante, transformações essas que acarretaram e continuam a acarretar a presença de novos/renovados fenômenos -- desemprego, terciarização da economia, terceirização, precarização das relações de trabalho, etc. --, sobre os quais se detiveram várias disciplinas, entre as quais a sociologia do trabalho e a educação, sobretudo no que tange à formação/qualificação profissional.

A partir dessa década, autores como Nadya Castro, Adalberto Cardoso, entre outros, diante da crise do emprego e da necessidade de analisar questões relacionadas às chances dos trabalhadores diante do desemprego e de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, propõem a realização de análises longitudinais, ou seja, o conhecimento das trajetórias ocupacionais empreendidas, uma vez que as chances da (re)inserção profissional resultam em grande medida, das experiências anteriores de emprego e de desemprego. No caso da saúde, a pesquisa vem indicando que parte dos trabalhadores técnicos já chegam ao mercado de trabalho após terem passado por essas experiências e vislumbram no emprego em saúde certa estabilidade. “Você pode ganhar pouco mas não vai faltar trabalho”. Entrevistada 5

Além disso, estes autores propõem considerar as redes sociais construídas nos momentos em que o trabalhador está empregado, como também nos momentos de desemprego, e sobretudo aquelas constituídas a partir do grupo familiar, um outro importante fator de explicação do êxito na obtenção de um novo posto de trabalho. consideram ainda fatores estruturais externos que escapam à possibilidade de intervenção do trabalhador como as estratégias que orientam a localização das empresas, o direcionamento de seus investimentos, a criação de postos e o preenchimento das vagas disponíveis. No caso da saúde a formulação de políticas públicas, as diversas modalidades de contratação, a convivência de diferentes vínculos nos espaços de trabalho e novos formatos de gestão.

Considerando tudo isso, construímos um projeto de pesquisa que se orienta pelas seguintes questões:

- Como se dá a mobilidade ocupacional e educacional dos trabalhadores técnicos em saúde?

- Quais os diferentes processos de formação educacional, e suas relações com os postos de trabalho ocupados pelos técnicos em saúde?
- Quais os percursos formativos/ocupacionais dos diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde? Quais os fatores que intervêm nesses percursos?
- Quais as tendências na relação diploma/emprego/renda no mercado de trabalho contemporâneo no setor saúde?
- Quais são as questões envolvidas no prosseguimento ou não de estudos dos egressos dos cursos técnicos em saúde?

A pesquisa que estamos realizando procura combinar analiticamente uma abordagem retrospectiva, de caráter antropológico, com uma abordagem longitudinal baseada em dados estatísticos, coletados em diferentes bases de dados, incluindo a Rais, do Ministério do Trabalho que coleta informações do mercado formal trabalho, além de outras bases da área da saúde e da educação que ajudam a compor os percursos ocupacionais dos trabalhadores.

Essas abordagens são tomadas como complementares, o que permite recuperar as experiências vividas no passado para explicar a situação que o trabalhador ocupa no presente em relação ao mercado de trabalho e ao seu percurso de formação/qualificação: uma focalizando a experiência como resultado objetivado na situação atual; outra focalizando como se formaram as orientações que, coletivamente, conduziram a esses resultados.

Como destaca Minayo (1996, p.12), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe”. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Isso quer dizer que a combinação destas metodologias permite construir um quadro mais completo dos fenômenos estudados, representando diferentes aspectos ou dimensões da realidade.

A pesquisa qualitativa permite a análise aprofundada das trajetórias de grupos específicos de trabalhadores relacionando-as aos respectivos contextos socioeconômicos e político-culturais. Embora apresente possibilidades limitadas de

comparação e generalização sistemática, sua utilização não é menos relevante. Ela permite recuperar a unidade entre as ações de homens e mulheres e os significados, as crenças, as representações, os valores que enquanto sujeitos históricos, eles atribuem a estas ações, ou seja, possibilita recuperar a relação entre ação e estrutura. Estes aspectos não podem ser captados através de informações estatísticas.

A perspectiva qualitativa permite recolher narrativas sobre suas histórias de vida, com ênfase na formação/qualificação e nas diferentes inserções laborais, na tentativa de captar a interação entre as trajetórias ocupacionais e os percursos de formação/qualificação profissional, considerando que se trata de processos condicionados historicamente pela combinação de aspectos que remetem:

- à posição da família na estrutura social, às estratégias pessoais e familiares, à subjetividade e à cultura e a identidades profissionais;
- às redes de relações pessoais e familiares;
- ao capital social acumulado pelo trabalhador e sua família;
- às diferentes posições que as profissões ocupam na estrutura social;
- às modalidades de organização subjetiva da experiência pessoal e/ou de familiares ou conhecidos derivadas das oscilações em ocupações formais e informais;

Desse modo, as trajetórias são tomadas como percursos que podem ser reconstruídos na forma de um pequeno grupo de modelos típicos, a partir da análise das narrativas obtidas no trabalho de campo com os segmentos sociais selecionados.

No que se refere especificamente à análise das trajetórias ocupacionais, a pesquisa lança mão de contribuições de Castro e Cardoso, autores que procuram ultrapassar as análises socioeconômicas clássicas que tratam as chances de obtenção de emprego a partir do perfil da força de trabalho como idade, sexo, escolaridade, etc. A perspectiva analítico-metodológica desses autores permite responder a perguntas como:

- O que permite que alguns trabalhadores mantenham seus empregos?
- O que explica, ao contrário, que alguns sejam expulsos do setor formal?

- Quais causas das migrações "virtuosas" para outros segmentos do setor formal?
- Quais são as chances de o trabalhador se reinserir no mercado de trabalho preservando o capital qualificacional acumulado no percurso de sua vida produtiva?
- Que tipo de trabalhador perderá qualidade de emprego na migração ocupacional?
- Há padrões recorrentes de trajetórias ocupacionais ou, ao contrário, os destinos empregatícios dos indivíduos são erráticos e aleatórios?

Primeiras análises

- Assim como boa parte dos trabalhadores brasileiros pertencentes a segmentos subalternos, os ACS iniciam sua trajetória ocupacional antes dos 18 anos de idade, diante da necessidade de prover seu próprio sustento e/ou contribuir para a sobrevivência da família;
- A trajetória educacional desses trabalhadores é via de regra descontinuada, sobretudo a partir da conclusão do nível fundamental, com o início da trajetória ocupacional;
- As atividades exercidas no âmbito do PSF parecem estimular a busca por mais qualificação, sendo que, em torno de 17% do entrevistados frequenta ou frequentou curso superior. Entre os que ainda não tiveram acesso à universidade, é bastante comum o desejo de frequentar um curso superior, seja na área da saúde, enfermagem sobretudo, ou em outras áreas do conhecimento.
- Tanto para os ACS quanto para outros trabalhadores de nível médio o momento de início da vida profissional não é uma etapa de um projeto profissional claramente definido que se desdobra de forma linear ao longo da vida, como tem sido muito bem tematizado, entre outros autores, por Sennett;
- O ingresso no mercado de trabalho em saúde constitui para boa parte dos trabalhadores técnicos uma escolha conjuntural, condicionada por escassas oportunidades de trabalho, pela disponibilidade de capital social e cultural, pelo nível de escolaridade/qualificação, pelas estratégias de vida pessoais e familiares;

- No caso dos ACS, a entrada no PSF também foi contingencial, várias vezes relacionada à uma situação de desemprego e/ou à possibilidade de ingressar em uma relação de trabalho que consideram mais estável se comparada às inserções anteriores no mercado de trabalho. Acrescente-se a isto a possibilidade de combinar trabalho com atividades domésticas, visto que a maioria dos ACS são mulheres e as atividades são exercidas próximas à moradia, o que lhes possibilita ainda exercer de forma concomitante outras atividades remuneradas como venda de doces, legumes, cuidar de crianças e idosos, etc.
- Se considerarmos estudos anteriores, pode-se afirmar que o caráter contingente do trabalho pode tornar-se, ao longo dos anos, uma armadilha, na medida em que a insatisfação com a inserção profissional permanece e se manifesta na forma de reiteradas especulações sobre escolhas de valorização profissional que não foram feitas.
- O momento de ingresso no serviço público, dependendo da dinâmica própria de cada grupo ocupacional, da geração, tipo de vínculo, instância de governo, gênero e tempo de trabalho, revela expectativas materiais e simbólicas diferenciadas com relação ao trabalho no SUS. Diante dessas questões, tornar-se servidor público do SUS, ao contrário do que diz o senso comum, não configura, com frequência, ao menos para os trabalhadores técnicos, uma situação social privilegiada, embora seja almejada.

Trajetórias educacional e ocupacional de trabalhadores técnicos em saúde Pesquisa qualitativa – Entrevistas individuais aprofundadas

Síntese do roteiro comum aos grupos ocupacionais

1. Perfil socioeconômico

1. Idade –
2. Sexo –
3. Cor/ Raça/ Etnia –
4. Religião –
5. Estado civil –
6. Local e condição de moradia –
7. Filhos (quantos, idade, se trabalham) –
8. Família (renda familiar, situação familiar) –
9. Escolaridade do pai e da mãe ou responsável e outros membros da família
–
10. E ocupação dos pais e ou responsáveis
11. Você tem irmãos? (Posição filial)

2. Trajetória educacional (razões de mudanças, retornos, paradas)

1. Com que idade você entrou na escola?
2. Você estudou em escola pública, privada ou nas duas? Como foi? A escola era perto ou longe de casa?
3. E o ensino médio? Com quantos anos ingressou? Que tipo de ensino médio cursou? Quando concluiu? Em quais escolas estudou? Estudou à noite? Era profissionalizante ou não? Por que fez profissionalizante? Qual curso?
4. Até que série você estudou? Você estudou direto ou parou e depois voltou?
5. Por que parou? E porque voltou?
6. Além da escola, você fez outros cursos? Quais foram? Em que ano? Por que?
7. Você pretendia continuar estudando quando acabou o ensino médio? E hoje? Você pretende continuar estudando? Por quê? O que?
8. Você já sabia o que queria fazer? (expectativas de formação superior) Por que?
9. O que você pesou /considerou nessa escolha? O que acharam dessa escolha?

3. Trajetória ocupacional (considerar razões de mudanças, retornos)

1. Quando você começou a trabalhar? Com que idade? Em que? Por quê? Com quem? Como foi?
2. Você já trabalhou com que? Essas atividades eram remuneradas?
3. Enquanto você estudava, também exercia alguma atividade remunerada? Qual?
4. Você lembra das demais atividades remuneradas que você exerceu? Quais foram?
5. Em cada uma dessas atividades você tinha carteira assinada? Se não, você sabe por quê? Quantas horas por dia trabalhava?
6. Trabalhar como trabalhador técnico é sua atividade principal?
7. Você trabalha em alguma outra atividade remunerada? E não remunerada?

Apêndice G

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – como identificador de grupos de ocupações técnicas em saúde

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO como identificador de Grupos de Ocupações Técnicas em Saúde

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE é um “documento normalizador do reconhecimento (no sentido classificatório), da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro” (BRASIL, 2010).

Este sistema classificatório teve início no final da década de 1970, como resultante do Projeto de Planejamento de Recursos Humanos, por meio de convênio do governo brasileiro com a Organização das Nações Unidas – ONU, intermediado pela Organização Internacional do Trabalho – OIT.

Como a maioria dos sistemas classificatórios, a CBO parte de uma estrutura de mapeamento das categorias utilizadas – a primeira delas baseada na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações – CIUO, de 1968. Essa estrutura transita desde um ponto de vista mais geral em termos de agrupamentos (códigos mais sensíveis) até o alcance de um maior grau de proximidade com a descrição ocupacional que pretende caracterizar (códigos mais específicos).

Ao longo dos anos, a CBO vem sofrendo sucessivas atualizações em face de seu caráter dinâmico que visa ao acompanhamento das mudanças ocorridas no mercado de trabalho brasileiro e mundial. A estrutura atual dessa classificação, portanto, obedece a uma configuração que a torna capaz de atender às exigências do mercado de trabalho no Brasil (sendo compatível com outras bases de dados tais como a Relação Anual de Informações Sociais – Rais; o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – Caged; e a base referente ao Seguro Desemprego) e na maioria dos países do mundo (por meio de sua compatibilidade com a CIUO).

Em face dessa estrutura, que permite uma maior abrangência e comparabilidade, a CBO tem sido utilizada, atualmente, como um sistema capaz de servir como elemento comum de agregação de variáveis de bases de dados distintas que dela se utilizam, sendo útil, dentre outras possibilidades, para:

- as estatísticas de emprego-desemprego;
- o estudo das taxas de natalidade e mortalidade das ocupações;

- o planejamento das reconversões e requalificações ocupacionais;
- a elaboração de currículos;
- *o planejamento da educação profissional*;
- o rastreamento de vagas, e dos serviços de intermediação de mão-de-obra;
- categorizar ocupações, sendo inserida como variável em *surveys* distintos, incluindo aqueles da área da saúde.

Em sua versão atual (CBO 2002), o conjunto de códigos e títulos utilizados na sua função enumerativa, ou seja, sua estrutura, obedece à seguinte hierarquia, abaixo quantificada:

- 10 grandes grupos ocupacionais (GG)
- 48 subgrupos principais (SGP)
- 192 subgrupos (SG)
- 607 grupos de base ou famílias ocupacionais (SG), onde se agrupam 2.511 ocupações e cerca de 7.419 títulos sinônimos.

A fim de melhor nos aproximarmos do conceito de competência que a seguir será utilizado para caracterizar os grandes grupos ocupacionais da CBO 2002, vale lembrar que este termo compreende duas dimensões: uma relacionada ao nível de competência ou função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho; e outra, ao domínio (ou especialização) da competência, ou seja, às características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica, processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação (BRASIL, 2010).

Considerando-se, também, a noção de competência como sendo mais próxima do nível de complexidade das atividades exercidas do que, propriamente, do seu nível de escolaridade, sempre em consonância com a CIUO, a CBO 2002 é composta pelas seguintes grandes grupos (GG) e níveis de competência:

CBO 2002 - Grandes Grupos / Títulos	Nível de Competência
0 Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	Não definido
1 Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	Não definido
2 Profissionais das ciências e das artes	4
3 Técnicos de nível médio	3
4 Trabalhadores de serviços administrativos	2
5 Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	2
6 Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2
7 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
8 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
9 Trabalhadores de manutenção e reparação	2

Segundo a própria CBO 2002, as características sumárias desses Grandes Grupos são:

GG	Características
GG 1	empregos que compõem as profissões que estabelecem as regras e as normas de funcionamento para o país, estado e município, organismos governamentais de interesse público e de empresas, além de reunir os empregos da diplomacia.
GG 2	empregos que compõem as profissões científicas e das artes de nível superior
GG 3	empregos que compõem as profissões técnicas de nível médio.
GG 4	empregos dos serviços administrativos, exceto os técnicos e o pessoal de nível superior. Trata-se de empregos cujos titulares tratam informações (em papéis ou digitalizadas, numéricas ou em textos). O GG 4 está subdividido em dois SGP: a) aqueles que trabalham em rotinas e procedimentos administrativos internos; b) aqueles que atendem ao público (trabalham com o público, tratam informações registradas em papéis ou formas magnéticas, operam equipamentos de apoio ao trabalho, etc.).
GG 5	empregos que produzem serviços pessoais e à coletividade, bem como aqueles que trabalham na intermediação de vendas de bens e serviços.
GG 6	empregos do setor agropecuário.
GG 7	trabalhadores de sistemas de produção que tendem a ser discretos e que lidam mais com a forma do produto do que com o seu conteúdo físico-químico. Embora haja tendência para que sistemas discretos se tornem contínuos, existem diferenças marcantes do ponto de vista das competências, entre dar forma em uma peça e controlar as variáveis físico-químicas de um processo.
GG 8	trabalhadores de sistemas de produção que são ou tendem a ser contínuos (química, siderurgia, entre outros).
GG 9*	trabalhadores de manutenção e reparação.

Fonte: Adaptado da CBO 2002

* Diferentemente da CIUO 88 que reserva este GG aos trabalhadores não-qualificados, categoria abolida na CBO 2002.

Os códigos que compõem a CBO são, portanto, compostos por um sistema de numérico que contém, no máximo, seis dígitos, assim distribuídos:

Dígito	Significado
1º	grandes grupos ocupacionais
2º	subgrupo principal. Este dígito foi criado para melhorar o equilíbrio hierárquico entre o número de grandes grupos e subgrupos e aprimorar as agregações por domínio.
3º	indica, de forma ampla, o domínio dos campos profissionais de famílias ocupacionais agregadas.
4º	grupo de base ou família ocupacional: agrupa situações de emprego ou ocupações similares.
5º e 6º	título da ocupação

Fonte: Adaptado da CBO 2002

Por exemplo, poderíamos destacar uma das ocupações da área da saúde que é a área de interesse para este projeto. Assim sendo, a ocupação 3253-05 - Técnico em biotecnologia seria descrita como o código CBO 2002, relativo a:

- uma ocupação relacionada ao Grande Grupo 3 (empregos que compõem as profissões técnicas de nível médio), com características próprias dos níveis 2, 3 e 4, sendo:

- . dígito de equilíbrio hierárquico (representado pelo número “2”);
- . família ocupacional agregada (representada pelo número “5”);
- . grupo de base representado pelo número “3”; e
- . título da ocupação representado pelos números “05”.

Em face da possibilidade do uso dos códigos CBO 2002 para a identificação de ocupações, na Pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil”, foram feitas opções metodológicas em relação aos códigos ocupacionais dessa classificação, para que os mesmos servissem de base à formulação de Grupos de Ocupações Técnicas em Saúde (vide quadro 1) que pudessem ser compilados em cada uma das bases de dados secundárias utilizadas (Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e RAIS Migra; PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; CENSO Escolar), visando à promoção de um olhar longitudinal e latitudinal (intra e interbases), imprescindíveis à identificação de uma dinâmica ocupacional e educacional dos trabalhadores técnicos da saúde.

Quadro 1. Composição de Grupos de Ocupações Técnicas da Saúde, segundo Ocupações da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO 2002, IBGE)

CBO 2002	Ocupação	Grupo	Grupo de Ocupação Técnicas d Saúde
322205 322210 322215 322220 322225 322230 322235 322240 515110	Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem de terapia intensiva Técnico de enfermagem do trabalho Técnico de enfermagem psiquiátrica Instrumentador cirúrgico Auxiliar de enfermagem Auxiliar de enfermagem do trabalho Auxiliar de saúde (navegação marítima) Atendente de enfermagem	1	Trabalhadores da área de enfermagem
322405 322410 322415 322420	Técnico em higiene bucal Protético dentário Atendente de consultório dentário Auxiliar de prótese dentária	2	Trabalhadores da saúde bucal
352205 352210	Agente de defesa ambiental Agente de saúde pública	3	Trabalhadores de vigilância em saúde

515105	Agente comunitário de saúde	4	Trabalhadores comunitários da saúde
515115	Parteira leiga		
515120	Visitador sanitário		
516210	Cuidador de idosos		
324105	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia	5	Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem
324110	Técnico em métodos gráficos em cardiologia		
324115	Técnico em radiologia e imagenologia		
324205	Técnico em patologia clínica		
324210	Auxiliar técnico em patologia clínica		
325305	Técnico em biotecnologia		
325310	Técnico em imunobiológicos		
515205	Auxiliar de banco de sangue		
515215	Auxiliar de laboratório de análises clínicas		
515220	Auxiliar de laboratório de imunobiológicos		
322505	Técnico de ortopedia	6	Trabalhadores técnicos em ortopedia
322605	Técnico de imobilização ortopédica		
322105	Acupunturista	7	Trabalhadores técnicos em terapias alternativas
322115	Quiropraxista		
322305	Técnico em óptica	8	Trabalhadores técnicos em óptica/optometria
322310	Técnico em optometria		

Referência

BRASIL, MTE. Classificação Brasileira de Ocupações : CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.

Apêndice H

A RAIS e a RAIS Migra como fontes de dados para estudo sobre os grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil

A RAIS e a RAIS Migra como fontes de dados para estudo sobre os grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil ao longo dos anos 2000

O trabalho desenvolvido pelo Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (LATEPS) traz um estudo tanto acerca do perfil do trabalhador técnico em saúde no Brasil como também uma análise da trajetória ocupacional desses profissionais entre os anos de 2003 e 2009. No que diz respeito a esse grupo ocupacional, cabe ressaltar que o mesmo agrega um conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no interior do setor saúde, não restringindo essa noção à escolaridade atribuída aos profissionais denominados “técnicos”, isto é, aqueles que detêm o nível médio de ensino.

Para as análises, utilizou-se como fonte primária de dados bases oficiais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em especial a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e a RAIS Migra, base derivada da RAIS.

1. RAIS: força de trabalho técnico em saúde

A RAIS é considerada uma das principais fontes de informações sobre o mercado de trabalho formal brasileiro, chegando a assumir caráter censitário devido sua ampla cobertura – aproximadamente 97% dos vínculos empregatícios formais do país. Cada registro encontrado na RAIS refere-se a um trabalhador e as informações armazenadas dizem respeito ao último vínculo empregatício em cada ano. Nos casos em que há mais de um vínculo ativo em 31 de dezembro, a informação contida se refere apenas às informações do vínculo mais antigo. Já na ausência de vínculo ativo, selecionam-se as informações do desligamento mais recente.

Em virtude da relevância e do amplo conteúdo de variáveis, a RAIS permite caracterizar a força de trabalho formalmente empregada, fornecendo dados a respeito dos estabelecimentos empregadores, dos vínculos empregatícios e dos próprios trabalhadores (Sternberg, 2001).

Frente às inúmeras possibilidades inerentes ao uso da base de dados da RAIS, Bicev (2011) pontua que se faz importante realizar, em um primeiro momento, um recorte temporal, setorial e espacial da base de acordo com os objetivos a serem atingidos em cada estudo. Dessa maneira, optou-se por estudar a força de trabalho

que compunha o setor técnico da saúde entre os anos 2003 e 2009. O acesso aos dados se deu através de um gerenciador online disponibilizado pelo MTE.

O setor técnico da saúde, formado por trabalhadores que se inseriram, em algum ponto do tempo, direta ou indiretamente na prestação de serviços e atividades técnicas de saúde, foi definido com base na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (2002) que codifica e classifica os títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Mais especificamente, tomou-se como base os códigos ocupacionais de seis dígitos lançados no ano de 2002 (CBO 2002).

Vale notar que a geração de novas ocupações voltadas ao cuidado é uma tendência inerente ao setor em razão da expansão da cobertura, diversificação e ampliação dos serviços e envelhecimento da população. Essas características têm possibilitado uma expansão importante e recorrente de seu nível de ocupação, independentemente da conjuntura econômica (Dedecca e Silva, 2013).

Dessa maneira, para compor o setor, selecionou-se dentre todas as ocupações disponíveis, aquelas de interesse, referentes a trabalhadores técnicos da área saúde, perfazendo 39 ocupações (Quadro 1). Dentre os códigos ocupacionais selecionados, alguns foram criados após o período abrangido pelo estudo, ou seja, após o ano de 2009, e, assim, não foram considerados na tabulação dos dados.

Cabe ressaltar que não foram considerados na listagem final os códigos ocupacionais que agregavam atividades diversas onde não era possível selecionar àquelas realizadas especificamente no campo da saúde, como foi o caso dos profissionais da área administrativa e da manutenção. Por esse motivo, as ocupações selecionadas para estudo restringiram-se àquelas do campo da assistência.

Em um segundo momento, a fim de direcionar as análises e melhor caracterizar o setor saúde, as ocupações selecionadas foram organizadas em oito “Grupos de Ocupações Técnicas da Saúde”, seguindo certa homogeneidade quanto às atividades desenvolvidas e, quando possível, mantendo no mesmo grupo as ocupações com mesma família ocupacional (CBO com quatro dígitos) (Quadro 1). No que diz respeito à delimitação do período estudado, esta se deu, em primeira instância, em razão à disponibilidade dos dados. Os códigos de ocupação desagregados em seis dígitos (CBO 2002) só estão disponíveis a partir do ano

2003, sendo necessária, para os anos anteriores, uma exaustiva tentativa de compatibilização desses códigos. Além disso, à época da coleta das informações, dados referentes ao ano 2008 eram os últimos disponíveis.

Quadro 1. Ocupações técnicas da área da saúde segundo Código Brasileiro de Ocupações (CBO 2002) e Grupos de Ocupações Técnicas da Saúde correspondentes

CBO 2002	Ocupações	Grupo	Grupos de Ocupações Técnicas da Saúde
322205 322210 322215 322220 322225 322230 322235 322240 322245 322250 515110	Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem de terapia intensiva Técnico de enfermagem do trabalho Técnico de enfermagem psiquiátrica Instrumentador cirúrgico Auxiliar de enfermagem Auxiliar de enfermagem do trabalho Auxiliar de saúde (navegação marítima) Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família* Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família* Atendente de enfermagem	1	Trabalhadores da área de enfermagem
322405 322410 322415 322420 322425 322430	Técnico em higiene bucal Protético dentário Atendente de consultório dentário Auxiliar de prótese dentária Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família* Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família*	2	Trabalhadores da saúde bucal
352205 352210	Agente de defesa ambiental Agente de saúde pública	3	Trabalhadores de vigilância em saúde
515105 515115 515120 516210	Agente comunitário de saúde Parteira leiga Visitador sanitário Cuidador de idosos	4	Trabalhadores comunitários da saúde
324105 324110 324115 324205 324210 325305 325310 515205 515215 515220	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia Técnico em métodos gráficos em cardiologia Técnico em radiologia e imagenologia Técnico em patologia clínica Auxiliar técnico em patologia clínica Técnico em biotecnologia Técnico em imunobiológicos Auxiliar de banco de sangue Auxiliar de laboratório de análises clínicas Auxiliar de laboratório de imunobiológicos	5	Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem
322505 322605	Técnico de ortopedia Técnico de imobilização ortopédica	6	Trabalhadores técnicos em ortopedia
322105 322115	Acupunturista Quiropraxista	7	Trabalhadores técnicos em terapias alternativas
322305 322310	Técnico em óptica Técnico em optometria	8	Trabalhadores técnicos em óptica/optometria

* Na geração dos dados para o estudo não houve registro de técnicos vinculados às ocupações.

Ainda que seja um período relativamente curto, o mesmo mostrou-se analiticamente relevante, pois cobriu uma década de redefinições no campo das políticas públicas de gestão do trabalho e da educação na saúde. De qualquer modo, Comin (2003) defende que períodos de análises mais curtos evitam que digressões mais longas, em termos temporais, tornem a “qualidade das informações muito desiguais, mais minuciosas no presente e mais rarefeitas no passado” (Comin, 2003, p. 64).

Frente às opções metodológicas adotadas, realizaram-se tabulações cruzadas com variáveis tais como gênero, escolaridade, idade e setor administrativo do vínculo empregatício. Os dados foram gerados e apresentados para cada um dos oito grupos de ocupação para o Brasil e suas macrorregiões em cada um dos anos estudados. A seleção das variáveis se deu com base na literatura e foi pautada no interesse de se alcançar o objetivo de apresentar um breve perfil dos trabalhadores técnicos em saúde ao longo do período. A organização das variáveis estudadas se deu da seguinte maneira:

- *Estoque de trabalhadores técnicos em saúde*: número total de trabalhadores em cada grupo ocupacional no Brasil e nas macrorregiões entre 2003 e 2009;
- *Gênero*: Masculino ou Feminino;
- *Idade*: categorizada por faixa etária (10 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 64 anos; 65 anos ou mais);
- *Escolaridade*: categorizada segundo o curso mais elevado que frequentou, sendo uma categoria destinada aos analfabetos (Analfabeto; Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio incompleto; Médio Completo; Superior incompleto; Superior Completo). Os anos de 2003 a 2005 apresentavam categorias com a nomenclatura antiga, baseada em séries escolares. As mesmas foram compatibilizadas com a nomenclatura atual para formação das categorias utilizadas na pesquisa. Escolaridades declaradas na RAIS como “Mestrado” ou “Doutorado” foram redistribuídas para a categoria “Superior completo”.
- *Renda*: média de número de salários mínimos (valor vigente no ano estudado) para cada grupo ocupacional no Brasil e nas macrorregiões entre 2003 e 2009;

- *Setor administrativo*: categorizado segundo a natureza jurídica do estabelecimento (Público e Privado). Os dados da RAIS são apresentados, originalmente, em oito categorias de natureza jurídica as quais foram agregadas conforme Quadro 2. As categorias “Entidade Empresa Estatal”, “Pessoa Física e outras Organizações Legais” e “Setor Público – Outros” não foram consideradas na análise.

Quadro 2. Natureza Jurídica Especial na RAIS e categorias de Setor administrativo

Natureza Jurídica Especial	Setor administrativo
Entidade Empresa privada Entidades sem Fins Lucrativos	Privado
Setor Público Federal Setor Público Estadual Setor Público Municipal	Público
Entidade Empresa Estatal Pessoa Física e outras Org. Legais Setor Público – Outros	-

2. RAIS Migra: trajetória ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde

A RAIS Migra, base derivada da RAIS, possui uma organização longitudinal permitindo a realização de estudos de trajetórias ocupacionais e também de mobilidade e reinserção profissional, aspectos não contemplados pela RAIS. Essa base armazena registros de todos os trabalhadores que, em algum período compreendido entre os anos de cobertura, estiveram formalmente empregados no Brasil.

Por meio da RAIS Migra é possível recuperar todos os vínculos formais de determinado registro, bem como informações relativas a esses vínculos, informações do próprio trabalhador e dos estabelecimentos empregadores.

Dessa maneira, em um determinado intervalo de tempo, é possível acompanhar os mesmos indivíduos, compondo sua trajetória ocupacional e possibilitando a visualização de sua mobilidade antes e depois do ano tomado como referência.

O acompanhamento desses trabalhadores é feito através do número do Programa de Integração Social (PIS) fornecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Após determinação da coorte que se deseja acompanhar, através do PIS é possível capturar dados de um determinado trabalhador sempre que o mesmo tiver um vínculo formal e seu empregador responder a declaração da RAIS.

Sternberg (2001) coloca que dessa maneira é possível identificar para um determinado intervalo de tempo “os trabalhadores que permanecem empregados ao longo de todo o período, aqueles que, sendo desligados em um ano específico conseguem retornar ao mercado formal e também aqueles que, após o desligamento, não mais retornam ao mercado formal” (Sternberg, 2001, p.184). Além disso, a RAIS Migra permite apreender, ainda, a mobilidade de trabalhadores para ocupações, grupos de ocupação e setores ocupacionais distintos no decorrer dos anos, de acordo com o contexto da pesquisa.

Ao incorporar as dimensões das trajetórias ocupacionais, a RAIS Migra traz, inegavelmente, um avanço significativo aos estudos sobre comportamento do mercado de trabalho, sobretudo no período intercensitário, quando dados municipais se encontram, em muitos aspectos, desatualizados (Cardoso, 2000).

Mais especificamente no caso do presente estudo, buscou-se mostrar, em grandes linhas, a trajetória ocupacional de trabalhadores técnicos da área da saúde entre 2003 e 2009. A seleção desses trabalhadores se deu de forma similar àquela realizada no estudo com a base da RAIS, com base nos códigos de ocupação da CBO 2002. Os códigos selecionados, referentes a ocupações técnicas da área da saúde, foram também agrupados, em um primeiro momento, nos oito “Grupos de ocupações técnicas da saúde” utilizados na análise da RAIS. Contudo, para a análise das trajetórias ocupacionais essas oito categorias foram reorganizadas em três “Grandes grupos de ocupações técnicas da saúde” de acordo com a magnitude da massa de trabalhadores alocados em cada um desses grupos. Dessa forma, o grupo dos “Trabalhadores da área de enfermagem” e os “Trabalhadores comunitários da saúde” formaram grupos independentes, enquanto os outros foram agregados no grupo “Outros trabalhadores técnicos da área da saúde” (Quadro 3). Tal decisão visou facilitar a análise, apresentação e interpretação dos dados sem deixar de contemplar, em separado, os grupos mais expressivos.

Quadro 3. Grupos de ocupações Técnicas da Saúde e Grandes grupos de Ocupações Técnicas da Saúde correspondentes

Grupos de ocupações técnicas da saúde	Grandes grupos de ocupações técnicas da saúde
Trabalhadores da área de enfermagem	Trabalhadores técnicos da área de enfermagem
Trabalhadores comunitários da saúde	Trabalhadores comunitários da saúde
Trabalhadores da saúde bucal	Outros trabalhadores técnicos da área da saúde
Trabalhadores de vigilância em saúde	
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	
Trabalhadores técnicos em ortopedia	
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	
Trabalhadores técnicos em óptica/optometria	

Dessa maneira, através do PIS foram recuperados na RAIS migra os vínculos empregatícios de trabalhadores técnicos da área da saúde desses três grandes grupos de ocupações ao longo dos anos estudados. Cabe ressaltar que, ainda que a RAIS migra permita visualizar a ocorrência de duplos vínculos formais (dois vínculos empregatícios simultâneos), para a construção do painel de mobilidade foi necessário reorganizar esses dados na base construída. Para isso foram excluídos os vínculos múltiplos, permanecendo somente o vínculo principal, ou seja, aquele no qual o trabalhador estava empregado há mais tempo.

Após a seleção de todos os trabalhadores técnicos da saúde entre 2003 e 2009, foi definida a coorte a ser acompanhada. As análises de destinos ocupacionais referiram-se às movimentações ocupacionais até o ano de 2009 de trabalhadores técnicos da saúde foram admitidos em um dos três grandes grupos ocupacionais durante o ano de 2003. Foi possível, então, montar um banco de dados que permitiu comparar a posição desses trabalhadores ao longo do tempo, permitindo estudar sua mobilidade ocupacional no mercado de trabalho formal.

Para apreender as mudanças ocupacionais vivenciadas ao longo do período, foram criados “Grupos ocupacionais de transição”, ou seja, destinos ocupacionais possíveis para os trabalhadores acompanhados (aqueles admitidos no setor técnico da saúde em 2003). Tais grupos foram formados pelo agrupamento de subgrupos principais de ocupação (códigos da CBO com dois dígitos) e redistribuição, para esses grupos, dos códigos CBO 2002 (seis dígitos) de interesse. A formação dos grupos de transição levou em consideração a relevância numérica da distribuição dos trabalhadores técnicos da saúde nos subgrupos ao longo do tempo e também os processos, funções ou ramos de atividades das ocupações que formam cada um dos grupos.

Os “Grupos ocupacionais de transição” criados para a análise dos três grandes grupos de trabalhadores técnicos da saúde (enfermagem, comunitários e outros) estão expostos no Quadro 4. O Grupo 1, em cada uma das análises, é responsável por agregar os trabalhadores que não transitaram para outro grupo de ocupações. Ou seja, na análise de cada um dos três grandes grupos refere-se às ocupações vinculadas ao grande grupo que está sendo analisado. Foi, ainda, incluído o Grupo “Fora do sistema”, indicando aqueles que durante algum período não se encontravam empregados no setor formal.

Quadro 4. Grupos Ocupacionais de Transição

Grupos Ocupacionais de Transição	
Grupo 0	“Fora do Sistema”
Grupo 1	“Trabalhadores da área da enfermagem” ou “Trabalhadores comunitários da saúde” ou “Outros trabalhadores técnicos da área da saúde” (Selecionados através do código CBO 2002)
Grupo 2	“Outros Trabalhadores técnicos da área da saúde” (exceto ocupações redirecionadas para o Grupo 1)
Grupo 3	“Gerentes”
Grupo 4	“Outros Técnicos de Nível Médio”
Grupo 5	“Profissões de escritório”
Grupo 6	“Ocupações do Serviço” (exceto ocupações da saúde redirecionadas para os Grupos 1 e 2)
Grupo 7	“Vendedores do Comércio”
Grupo 8	“Ocupações da indústria”
Grupo 9	“Outros”

Na construção do banco de dados, cada linha passou a referir-se a um trabalhador técnico da área da saúde e para cada linha foram criadas colunas referentes aos 84 meses compreendidos no período estudado. Para cada célula de mês foi atribuído um código correspondente a cada um dos dez possíveis destinos ocupacionais apresentados acima. Dessa maneira, foi possível sistematizar os dados gerais de emprego e de movimentação no mercado de trabalho, sob a ótica dos grupos ocupacionais de transição estabelecidos com base na CBO, situando os três grandes grupos ocupacionais (trabalhadores da área de enfermagem, trabalhadores comunitários da saúde e outros trabalhadores técnicos da área da saúde) nesse contexto. As análises também foram estratificadas por sexo.

Os dados foram analisados por meio do software SPSS para o Windows, versão 17.0 (SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Inc., Chicago, Estados

Unidos). Gráficos de área foram gerados no programa Microsoft Excel para melhor visualização das trajetórias ocupacionais.

3. As bases e suas limitações

A RAIS e a RAIS Migra são importantes fontes de dados estatísticos para o acompanhamento e para a caracterização do mercado de trabalho formal no Brasil, nos estados e municípios. Dentre suas principais vantagens, destacam-se a abrangente cobertura do mercado formal, o amplo conteúdo de variáveis e a estabilidade ao longo do tempo.

No entanto, as bases possuem algumas limitações que merecem ser apontadas. Por ser um registro administrativo, a RAIS possui limitações como omissão, erro e atraso na declaração. Cardoso (2000) aponta, entretanto, que a base vem ganhando qualidade no preenchimento e agilidade em sua disponibilidade.

O uso das bases é limitado, ainda, por se restringir ao mercado formal e aos vínculos de emprego, ou seja, aproxima-se do número de empregos, mas não do número de empregados. Comin (2003) explica que “uma vez fora dos registros administrativos da RAIS, tudo que se sabe sobre esses indivíduos, além das informações que restaram de sua última ocupação, é se voltam ou não a possuir um registro formal de trabalho”.

Mais especificamente no caso da RAIS Migra, o acompanhamento dos mesmos trabalhadores ao longo do tempo também pode apresentar falhas. Cardoso (2000) aponta que não são raras alterações de carteira de trabalho por parte de trabalhadores com vida trabalhista errática. Dessa forma, em posse de uma nova carteira de trabalho, recebem também um novo número PIS, não podendo mais ser acompanhado pelo registro antigo. É uma limitação, porém, impossível de contornar.

4. Resultados RAIS migra

4.1 Trabalhadores técnicos da área de enfermagem

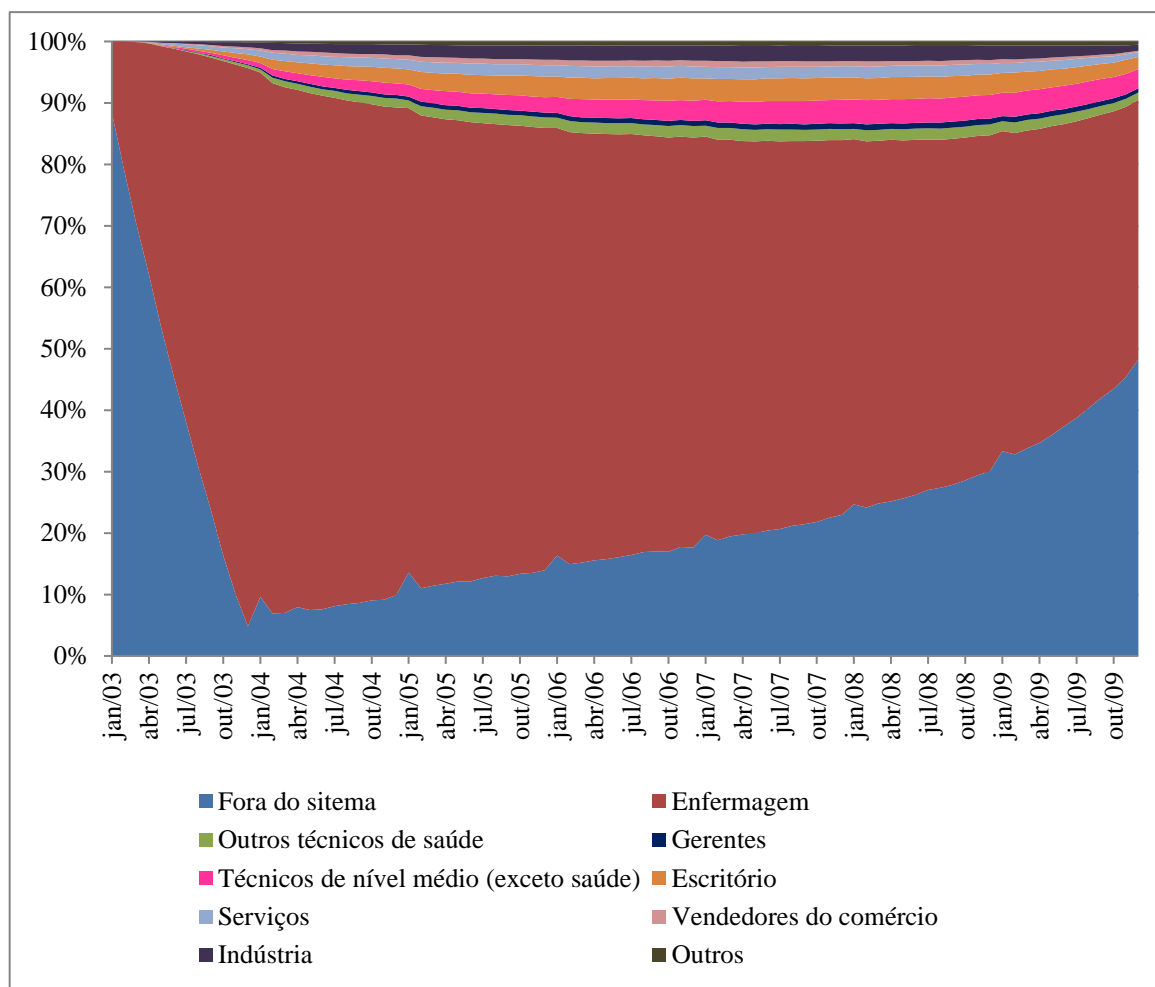
A análise da trajetória entre os grupos de transição ocupacional partiu da seleção dos indivíduos que foram admitidos na área de trabalho técnico em enfermagem

em algum momento do ano de 2003 (ver ocupações no Quadro 1). Por admitidos entende-se que o primeiro vínculo de emprego nesse ano se deu no campo técnico da enfermagem. Essa seleção reuniu 96.993 trabalhadores, os quais foram acompanhados até dezembro de 2009. Desses, 80% eram mulheres.

As Figuras 1 e 2 retratam, para o sexo masculino e feminino, respectivamente, as movimentações ocupacionais desses trabalhadores. A cada mês esses indivíduos foram observados, sendo as variações mensais, proporções dos mesmos indivíduos que, com o tempo, migraram para outro grupo de transição ocupacional, migraram para fora do sistema RAIS de informação ou que permaneceram na área técnica de enfermagem. Para aqueles que saíram do sistema, não há como saber a proporção de casos que estava desempregada, ocupada em emprego formal ou empregada por conta própria, por conta de limitação da própria base de dados.

Tomando como referência as posições de partida (2003) e de chegada (2009), para ambos os sexos, observa-se que aproximadamente 45% dos mesmos trabalhadores continuavam empregados na área de enfermagem (42,2% dos homens e 45,3% das mulheres) (Figura 1 e Figura 2). Isso significa que o restante trocou, ao menos uma vez, de posição ao longo de todo o período. A análise das informações relativas à coorte acompanhada mostrou que os profissionais da área de enfermagem tiveram, em média, 2,23 eventos de ocupações entre 2003 e 2009, sendo que aproximadamente 1/3 dos acompanhados teve três ou mais ocupações, dentro ou fora da área de origem.

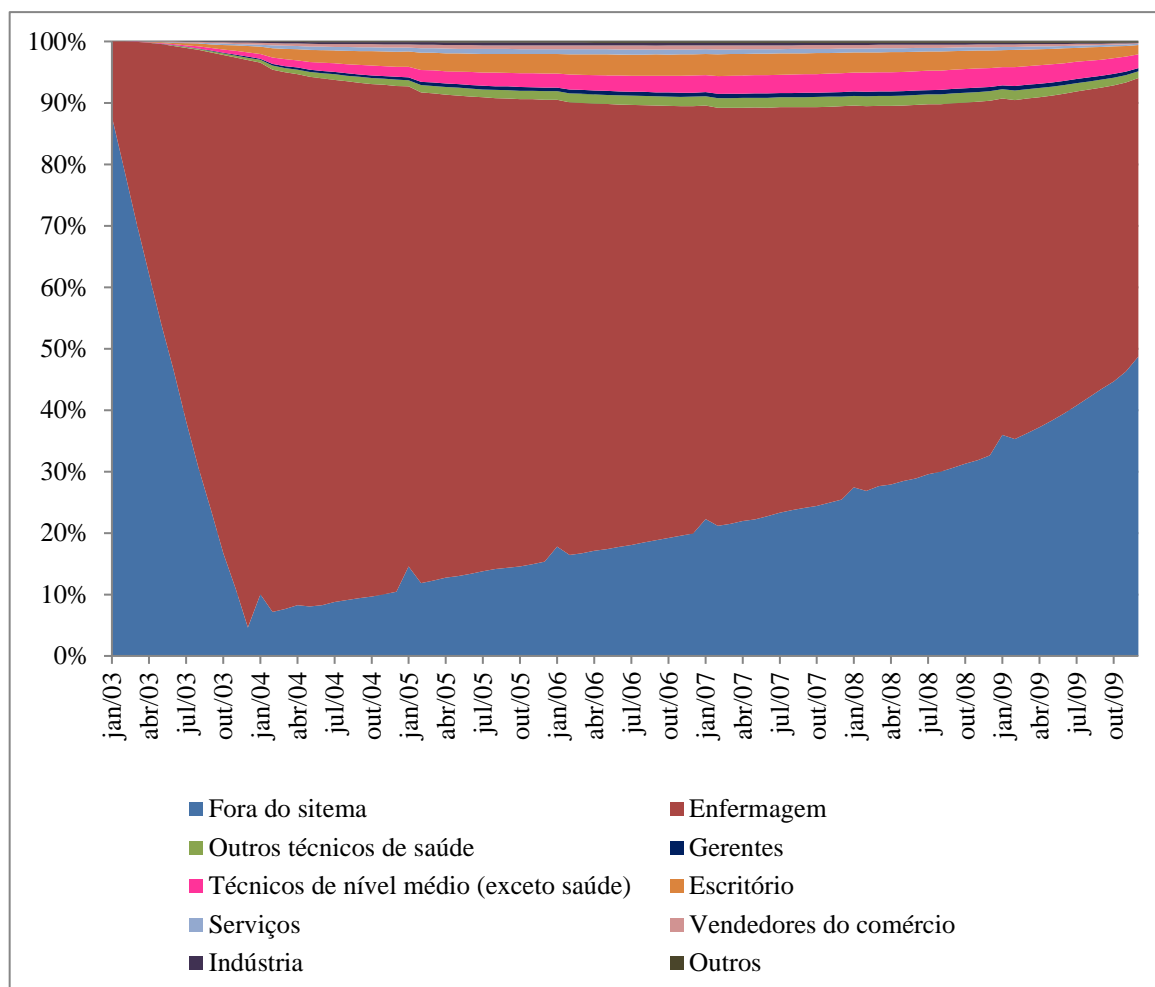
Figura 1. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo masculino admitidos na área de enfermagem em 2003, Brasil, 2003-2009



Tomando como referência as posições de partida (2003) e de chegada (2009), para ambos os sexos, observa-se que aproximadamente 45% dos mesmos trabalhadores continuavam empregados na área de enfermagem (42,2% dos homens e 45,3% das mulheres) (Figura 1 e Figura 2). Isso significa que o restante trocou, ao menos uma vez, de posição ao longo de todo o período. A análise das informações relativas à coorte acompanhada mostrou que os profissionais da área de enfermagem tiveram, em média, 2,23 eventos de ocupações entre 2003 e 2009, sendo que aproximadamente 1/3 dos acompanhados teve três ou mais ocupações, dentro ou fora da área de origem.

Dentre os trabalhadores, 9,5% dos homens e 6% das mulheres migraram para outros grupos ocupacionais. O destino ocupacional entre os sexos foi, no entanto, similar, buscando principalmente profissões técnicas fora do setor saúde e ocupações de escritório.

Figura 2. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo feminino admitidos na área de enfermagem em 2003. Brasil, 2003-2009



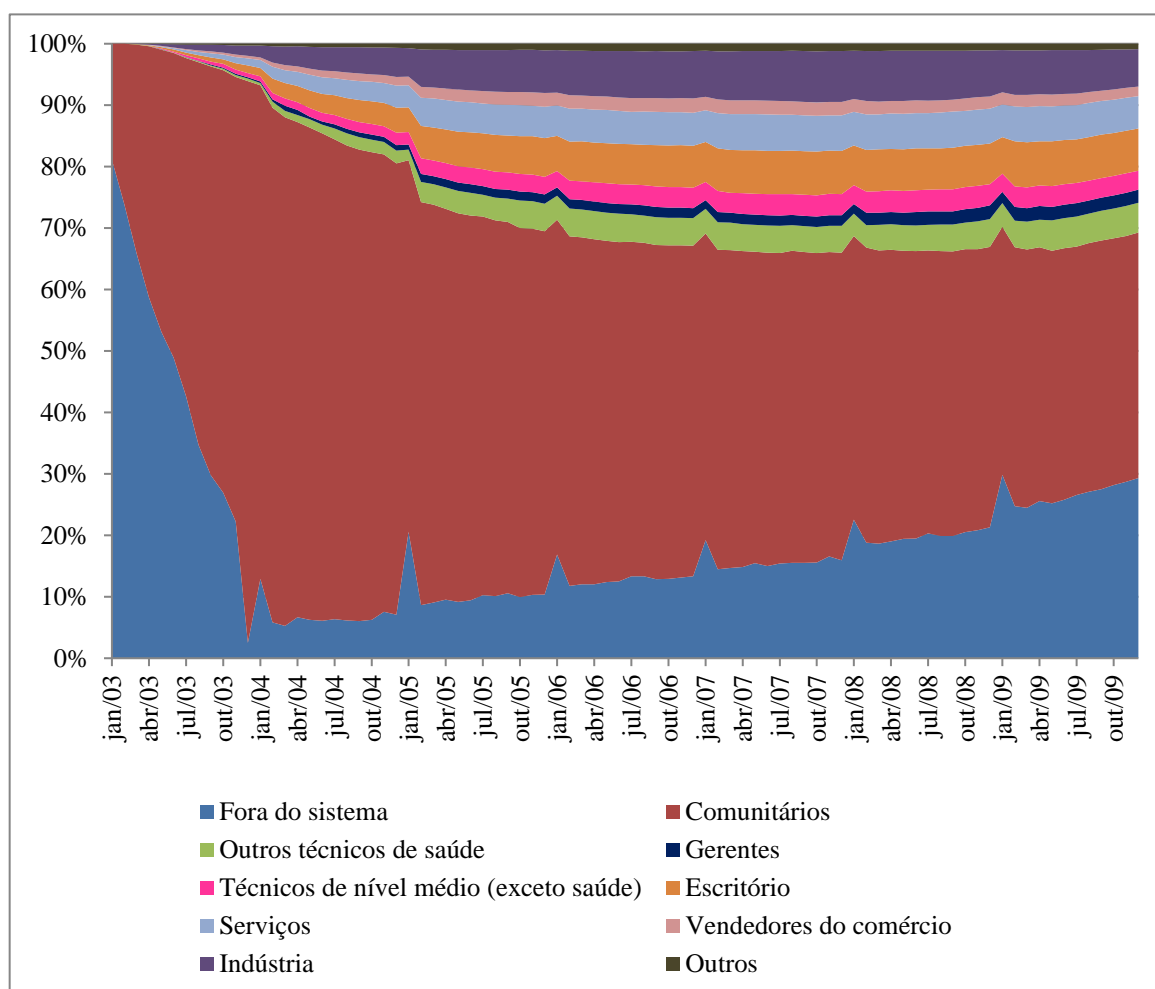
Durante a trajetória, enquanto parte dos homens migrou também para empregos na indústria e serviços, tais destinos demonstraram capacidade residual de absorção das mulheres que saíram da área técnica de enfermagem (Figuras 1 e 2). Ao analisar os gráficos, o fato realmente notável é que quase metade dos homens (48,3%) e das mulheres (48,7%) foi expulsa não só do segmento da enfermagem, mas do setor formal como um todo ao fim do período.

4.2. Trabalhadores comunitários da saúde

Foram acompanhados 50.541 trabalhadores comunitários da saúde, os quais foram admitidos nas ocupações correspondentes durante o ano de 2003 (ver ocupações no Quadro 1). Destes trabalhadores, 36.111 (71,4%) eram do sexo feminino. Quanto ao número de vínculos não simultâneos, 64% tiveram até duas ocupações no período (média = 2,45). Ainda analisando todos os 84 meses, os acompanhados permaneceram, em média, 21% desse tempo fora do mercado formal de trabalho.

Ao final de 2009, aproximadamente 70% dos trabalhadores do sexo masculino (Figura 3) e do sexo feminino (Figura 4) ainda mantinham-se no mercado formal de trabalho. Desses, 56% dos homens e 66% das mulheres permaneciam como trabalhadores comunitários da saúde (40% e 46,6% do total, respectivamente), encontrando-se, assim, um considerável contingente de trabalhadores em outros grupos ocupacionais.

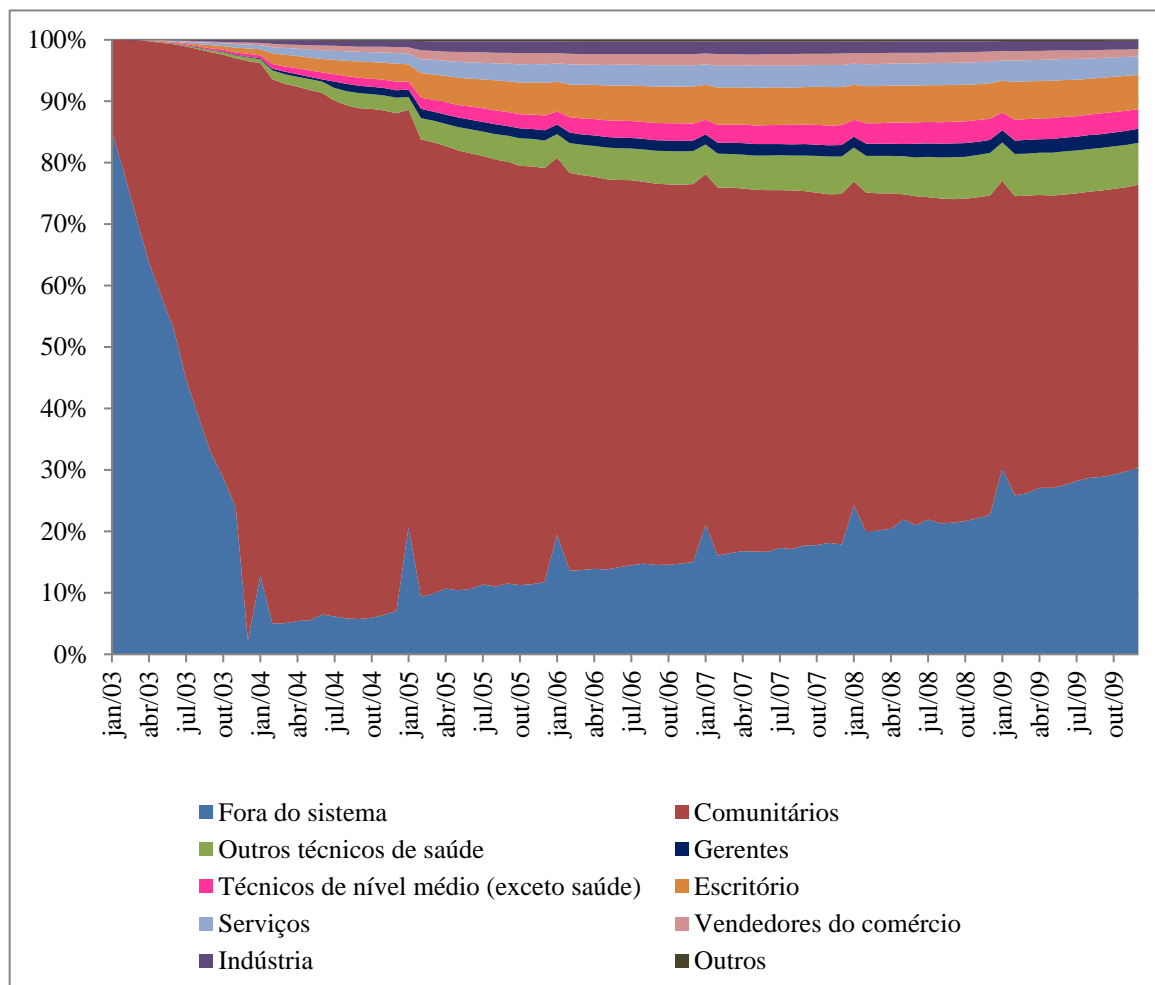
Figura 3. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo masculino admitidos na área de saúde comunitária em 2003. Brasil, 2003-2009



Percebe-se que os homens transitaram mais do que as mulheres, sendo, entretanto, absorvidos por outros grupos ocupacionais de transição. O destino ocupacional mais comum para os trabalhadores do sexo masculino foi “Profissões de escritório” (6,9%), seguido por “Indústria” (6,1%) e “Serviços” (5,3%) (Figura 3). Já entre as mulheres que deixaram a ocupação de origem, a maior parte ocupava outras ocupações técnicas no campo da saúde no final de 2009 - 6,8% do total de trabalhadoras comunitárias acompanhadas. Assim como para os homens,

“Profissões de escritório” também foi um destino de expressiva absorção dessas trabalhadoras comunitárias da saúde no período estudado (5,6%) (Figura 4).

Figura 4. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo feminino admitidos na área de saúde comunitária em 2003. Brasil, 2003-2009



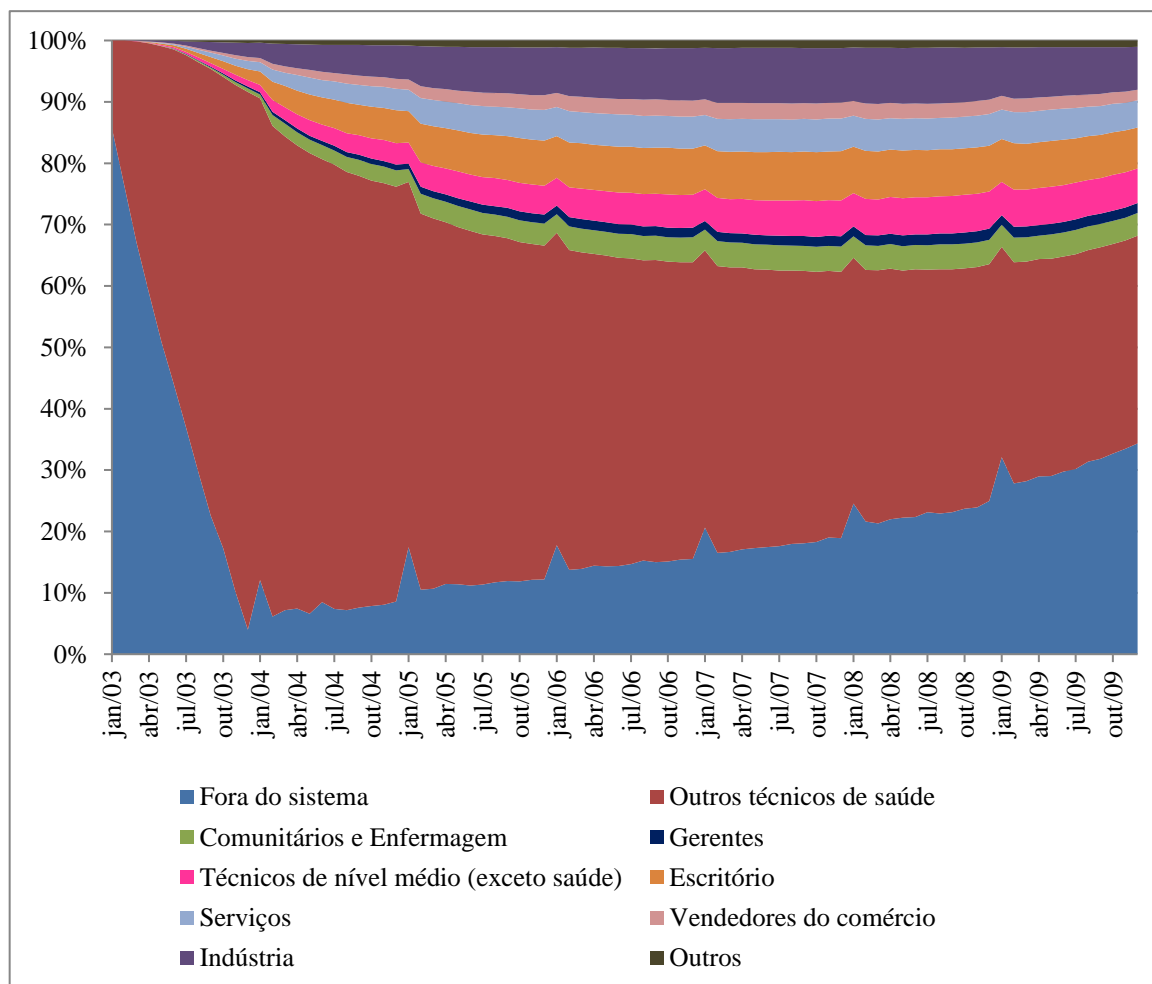
4.3. Outros trabalhadores técnicos da área da saúde

Assim como nos outros grupos, para a análise de trajetória foram selecionados todos os indivíduos admitidos, no ano de 2003, em ocupações dos seis grupos apresentados no Quadro 3 (ver ocupações no Quadro 1). Os demais trabalhadores técnicos, formados por trabalhadores do campo da enfermagem e trabalhadores comunitários, compõem um grupo de transição único nessa análise.

Essa seleção reuniu 49.510 trabalhadores, sendo 66,1% do sexo feminino. Ainda que a maior parte (28,6%) tenha tido somente um vínculo durante o período, quase metade dos acompanhados (46,1%) teve mais de três empregos não simultâneos

entre 2003 e 2009 (média = 2,77). Esses trabalhadores permaneceram, em média, 18 meses fora do mercado durante todo o período (84 meses).

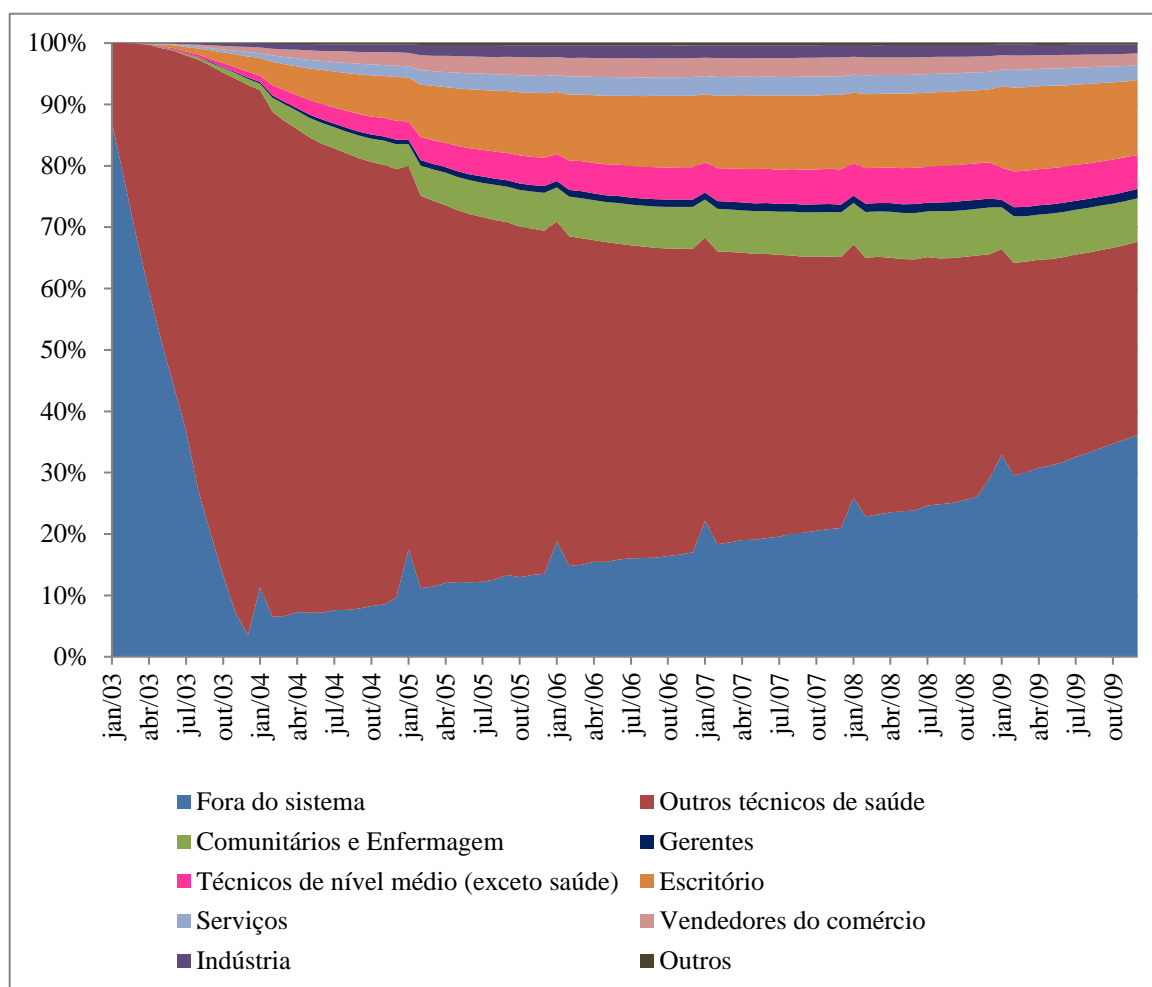
Figura 5. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo masculino admitidos nas áreas de saúde bucal, vigilância em saúde, exames, ortopedia, práticas alternativas e óptica/optometria em 2003. Brasil, 2003-2009



Quanto à trajetória, o movimento mais notável, pelo volume apresentado, foi o de transição para fora do mercado de trabalho, para ambos os sexos. Entre os homens, 34,4% dos trabalhadores estavam fora do sistema RAIS em 2009 (Figura 5). Já entre as mulheres esse número foi ainda maior, 36,2% (Figura 6).

Dos que permaneceram no mercado formal, a situação foi semelhante para homens e mulheres. Aproximadamente metade dos registros da RAIS em 2009 estava ocupada em outro grupo ocupacional. Ou seja, em 2009, somente 51% dos homens e 49% das mulheres que permaneciam no mercado formal, mantinham-se trabalhando em uma das ocupações referentes ao grupo ocupacional de origem (33,8% e 31,4% do total, respectivamente).

Figura 6. Trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos do sexo feminino admitidos nas áreas de saúde bucal, vigilância em saúde, exames, ortopedia, práticas alternativas e óptica/optometria em 2003. Brasil, 2003-2009



Os homens que saíram do grupo de origem foram absorvidos por grupos de transição diversos. Profissões na indústria, profissões de escritório e ocupações técnicas em outros setores foram os destinos ocupacionais mais recorrentes – 7%, 6,7% e 5,6%, respectivamente.

Já entre as mulheres, em 2009, 12% das acompanhadas estavam empregadas em ocupações de escritório. Ainda, parte dessas mulheres passou a trabalhar em outras ocupações técnicas, seja no campo da enfermagem/comunitários (7,1%) ou fora do setor saúde (5,5%).

5. Considerações finais RAIS migra

Os estudos sobre trajetórias ocupacionais permitem reconhecer o impacto das mudanças no mercado de trabalho sobre os contingentes já integrados de trabalhadores, bem como apreender características ocupacionais próprias de cada

grupo profissional. Nesse contexto, a base RAIS migra é ferramenta indispensável nesse campo de análise por fornecer informações acerca de todos os trabalhadores do mercado formal brasileiro.

A dimensão da base permitiu que fossem selecionados, especificamente, os trabalhadores que se desejava acompanhar, o que seria inviável sem informações ocupacionais tão específicas – código CBO de seis dígitos (CBO 2002). Essa variável foi também importante na delimitação dos “Grupos ocupacionais de transição”, onde se buscou manter uma consistência interna baseada na natureza das ocupações constituintes.

O uso dos dados administrativos do MTE, conquanto tenha permitido importantes avanços, encontra limites que valem ser ressaltados, principalmente no que tange à transição ocupacional que se observa fora dos limites do mercado formal de trabalho, território em que se encontravam, em 2009, cerca de metade dos trabalhadores da enfermagem e um terço dos demais trabalhadores acompanhados. Ainda, a necessidade de se montar uma estratégia metodológica para o estudo de trajetórias (próximo de um estudo longitudinal) acarretou em perdas importantes quando se fala do setor saúde, como foi o caso da exclusão dos duplos vínculos de trabalho.

Os resultados apresentados permitiram observar, com relativa clareza, padrões de mobilidade ocupacional que não apenas tornam mais inteligível a migração do setor de origem formal para o setor informal, como também para outros grupos ocupacionais de transição. Percebe-se que os trabalhadores da enfermagem e os trabalhadores comunitários se mantiveram em proporções semelhantes no seu grupo ocupacional de origem durante o período analisado, entretanto, enquanto os comunitários encontraram oportunidades em outros setores da economia, os egressos da enfermagem foram direcionados para fora do mercado formal. Os demais trabalhadores da área técnica da saúde foram os que apresentaram menores proporções de trabalhadores no mesmo grupo de origem quando comparados com a área da enfermagem e dos trabalhadores comunitários. Ainda que uma parte desses trabalhadores tenha migrado para o setor informal, uma parcela significativa passou a ocupar cargos fora do setor saúde. Quanto ao sexo, as profissionais de enfermagem e de saúde comunitária mantiveram-se em maior

número no grupo ocupacional de origem, quando comparadas com os profissionais do sexo masculino. Na análise dos outros profissionais técnicos, os homens foram os que mudaram menos para outros grupos ocupacionais.

Ainda que os resultados tenham sido apresentados em linhas gerais, permitem inferir sobre a configuração do mercado de trabalho técnico em saúde. A disponibilização regular desses dados pelo MTE possibilita continuar acompanhando esses trabalhadores a fim de montar um painel de trajetórias com maior tempo de acompanhamento. Além disso, é possível, ainda, investigar de forma mais detalhada o grupo “Outros profissionais técnicos da saúde”, o qual agrega grupos ocupacionais que podem apresentar características próprias de transição ocupacional. O investimento em estudos de trajetórias pode dar suporte à elaboração de políticas voltadas para a qualificação, requalificação e reinserção ocupacional dos trabalhadores técnicos da área da saúde.

Referências

BICEV, J. **Transitoriedade ou Oportunidade: a qualidade da inserção profissional promovida pelas agências de emprego**. In: Mercado de Trabalho: conjuntura e análise, N.49, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE). Brasília. Novembro, 2011.

CARDOSO, A. M. **Trabalhar, verbo transitivo**. Destinos profissionais dos deserdados da indústria automobilística. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

COMIN, A. A. **Migrações entre formal e informal: um survey com trabalhadores**. Série Estudos e Pesquisas. Salvador, v. 66, pp. 63-78, 2003.

STERNBERG, S. S. W. **A RAIS-MIGRA como instrumento de análise do mercado de trabalho: um exercício a partir dos dados do Rio Grande do Sul**. Indicadores Econômicos FEE, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 183-199, 2001.

Apêndice I

Os trabalhadores da saúde sob o olhar da PNAD

Os trabalhadores da saúde sob o olhar da PNAD

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), praticada nacionalmente, anualmente e de forma permanente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem como unidade amostral os indivíduos (respondentes), disponibilizando ao público estatísticas gerais da população.

O levantamento dessas estatísticas constitui, ao longo dos 44 anos de realização, um importante instrumento para formulação, validação e avaliação de políticas orientadas para o desenvolvimento socioeconômico e para a melhoria das condições de vida no Brasil.

Nesse estudo sobre as trajetórias dos técnicos em saúde no Brasil, utilizamos esta base de dados para ter um panorama das idiossincrasias desses trabalhadores. Sua importância mais do que se justifica por nos permitir acessar as informações referentes aos trabalhadores, atuantes no setor formal ou informal, tanto do setor público como do privado, cujas ocupações compõem a área da saúde, como concebida nesta pesquisa.

Para tal propósito selecionamos informações da PNAD relacionadas às características próprias do objeto de estudo, como sexo, idade, nível de escolaridade, atributos do trabalho que desempenha, além de rendimento e outras.

A seleção dos trabalhadores técnicos da saúde foi feita de forma a caracterizar oito Grupos ocupacionais que se destacam por sua condição na oferta de serviços de saúde. Em tal seleção utilizamos como base a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios, já sendo consagradamente utilizada também em bases de dados administrativas como a Relação Anual de Informações Sociais - Rais, o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Caged, o Seguro Desemprego, a Declaração do Imposto de Renda de Pessoa Física - Dirpf, dentre outras.

A classificação realizada pela CBO é enumerativa, no que diz respeito à codificação dos empregos, e descritiva, por cada código inventariar as atividades realizadas no trabalho.

Abaixo apresentamos os Grupos ocupacionais construídos a partir da seleção dos códigos referentes às ocupações disponibilizadas pela CBO³⁴, ³⁵:

Grupo ocupacional	CBO 4 dígitos	CBO 6 dígitos
Trabalhadores da área de enfermagem	3222	322205 Técnico de enfermagem
		322210 Técnico de enfermagem de terapia intensiva
		322215 Técnico de enfermagem do trabalho
		322220 Técnico de enfermagem psiquiátrica
		322225 Instrumentador cirúrgico
		322230 Auxiliar de enfermagem
		322235 Auxiliar de enfermagem do trabalho
		322240 Auxiliar de saúde (navegação marítima)
		322245 Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família
		322250 Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	3224	322405 Técnico em saúde bucal
		322410 Protético dentário
		322415 Auxiliar em saúde bucal
		322420 Auxiliar de prótese dentária
		322425 Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família
Trabalhadores de vigilância em saúde	3522	352205 Agente de defesa ambiental
		352210 Agente de saúde pública
Trabalhadores comunitários da saúde	5151	515105 Agente comunitário de saúde
		515115 Parteira leiga
		515120 Visitador sanitário
		515125 Agente indígena de saúde
		515130 Agente indígena de saneamento
		515110 Atendente de enfermagem
	5162	515135 Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
		516210 Cuidador de idosos
		516205 Babá
		516215 Mãe social
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3241	516220 Cuidador em saúde
		324105 Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia
		324110 Técnico em métodos gráficos em cardiologia
		324115 Técnico em radiologia e imagenologia
	3242	324120 Técnico em radiologia
		324205 Técnico em patologia clínica
	3253	324210 Auxiliar técnico em patologia clínica
325305 Técnico em biotecnologia		
325310 Técnico em imunobiológicos		

³⁴ Maiores esclarecimentos acerca da CBO e das construções dos grupos ocupacionais da saúde utilizados encontram-se no apêndice deste relatório. **Acho que deveria sair**

³⁵ O código CBO 222 das ocupações pode conter 4 ou 5 dígitos referentes à família ocupacional ou mais especificamente, à denominação da ocupação. Na PNAD, entretanto, a ocupação da pesquisa é pela utilização do código CBO mais abrangente, ou seja, a 4 dígitos, o que restringe a especificidade das análises e a comparabilidade entre as bases de dados desta pesquisa.

	5152	515205 Auxiliar de banco de sangue
		515215 Auxiliar de laboratório de análises clínicas
		515220 Auxiliar de laboratório de imunobiológicos
		515210 Auxiliar de farmácia de manipulação
		515225 Auxiliar de produção farmacêutica
Trabalhadores técnicos em ortopedia	3225	322505 Técnico de ortopedia
	3226	322605 Técnico de imobilização ortopédica
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	3221	322105 Técnico em acupuntura
		322115 Técnico em quiropraxia
		322110 Podólogo
		322120 Massoterapeuta
		322125 Terapeuta holístico
		322130 Esteticista
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	3223	322305 Técnico em óptica e optometria

Apesar dos esforços para construir Grupos ocupacionais que representem de forma robusta algumas das diversas frentes quanto ao cuidado, vale ressaltar as limitações impostas pela adoção do código CBO de 4 dígitos pela PNAD. O exemplo em que fica mais claro essa perda de informação é o caso dos atendentes de enfermagem, ocupação essencialmente da área da enfermagem, mas que está agrupada junto à ocupações consagradas da área de comunitários em saúde (código CBO 5151).

Resultados

Utilizamos os anos de PNAD, 2003, 2005 e 2009, no intuito de deixar os resultados aqui apresentados mais comparáveis com os da RAIS. Os resultados ao longo desses anos mostram um crescimento substancial da massa de trabalhadores, desconcentração regional, constância quanto à participação nos setores público e privado ao longo dos anos, participação cada vez maior da mulher nesse mercado, além do envelhecimento da grande maioria dos trabalhadores ativos e aumento do nível de escolaridade e de renda, como detalharemos a seguir³⁶.

Os trabalhadores dos quais estamos falando somam em 2009 aproximadamente 2.6 milhões de indivíduos, uma força de trabalho que representa 6.55% da população economicamente ativa (PME/IBGE, 2009) brasileira nessa data, e cresceu 40.5% frente a um crescimento populacional de 10.93% nos últimos seis anos. O crescimento foi irregular por todas as classes ocupacionais consideradas,

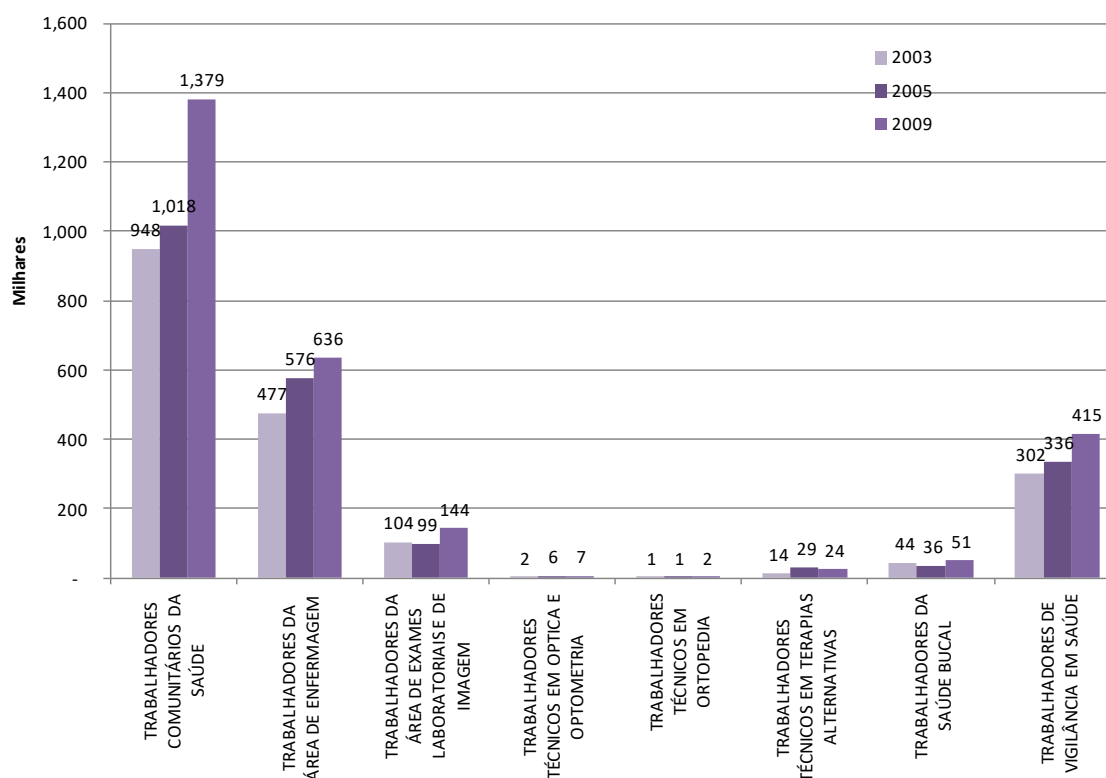
³⁶ Resultados de tabelas mais extensas serão comentados, porém estas estarão disponíveis em um anexo (ao final) para facilitar a navegação no texto.

como mostra a Tabela e Gráfico 1, mas todos positivos alcançando máximos de 264.8% nos trabalhadores técnicos em Ortopedia e mínimos de 17.0% para os trabalhadores técnicos/auxiliares em Saúde Bucal.

Tabela 1 - Totais por Grupos ocupacionais, e crescimento em 6 anos (2003-2009). Brasil, 2003, 2005 e 2009

Grupos ocupacionais	2003	2005	2009	Crescimento em 6 anos (2003-2009)
Trabalhadores comunitários da saúde	947,967	1,018,195	1,379,316	45.5%
Trabalhadores da área de enfermagem	476,866	576,323	635,819	33.3%
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	104,028	99,033	143,605	38.0%
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	2,340	6,035	6,507	178.1%
Trabalhadores técnicos em ortopedia	576	994	2,101	264.8%
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	13,919	29,194	24,292	74.5%
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	43,846	36,000	51,299	17.0%
Trabalhadores de vigilância em saúde	302,066	336,222	415,225	37.5%
Total	1,891,608	2,101,996	2,658,164	40.5%

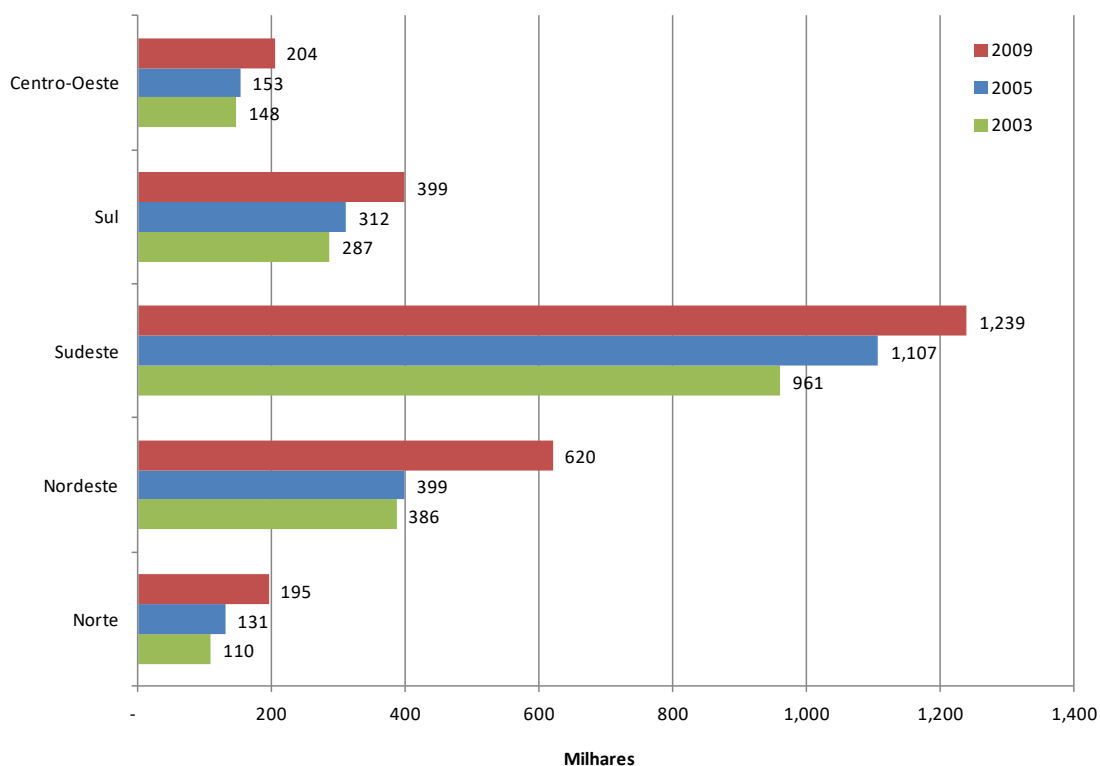
Tabela 1 - Totais por Grupos ocupacionais ao longo dos anos. Brasil, 2003, 2005 e 2009



Quanto à distribuição regional, observamos uma descentralização da força de trabalho, com um incremento, ao longo desses 7 anos, de 78.1% dos técnicos da região Norte, seguida por um aumento de 60.5% na região Nordeste, com mínimos de 29.0% na região Sudeste e medianos 39.1% e 38.4% nas regiões Sul e Centro-Oeste respectivamente.

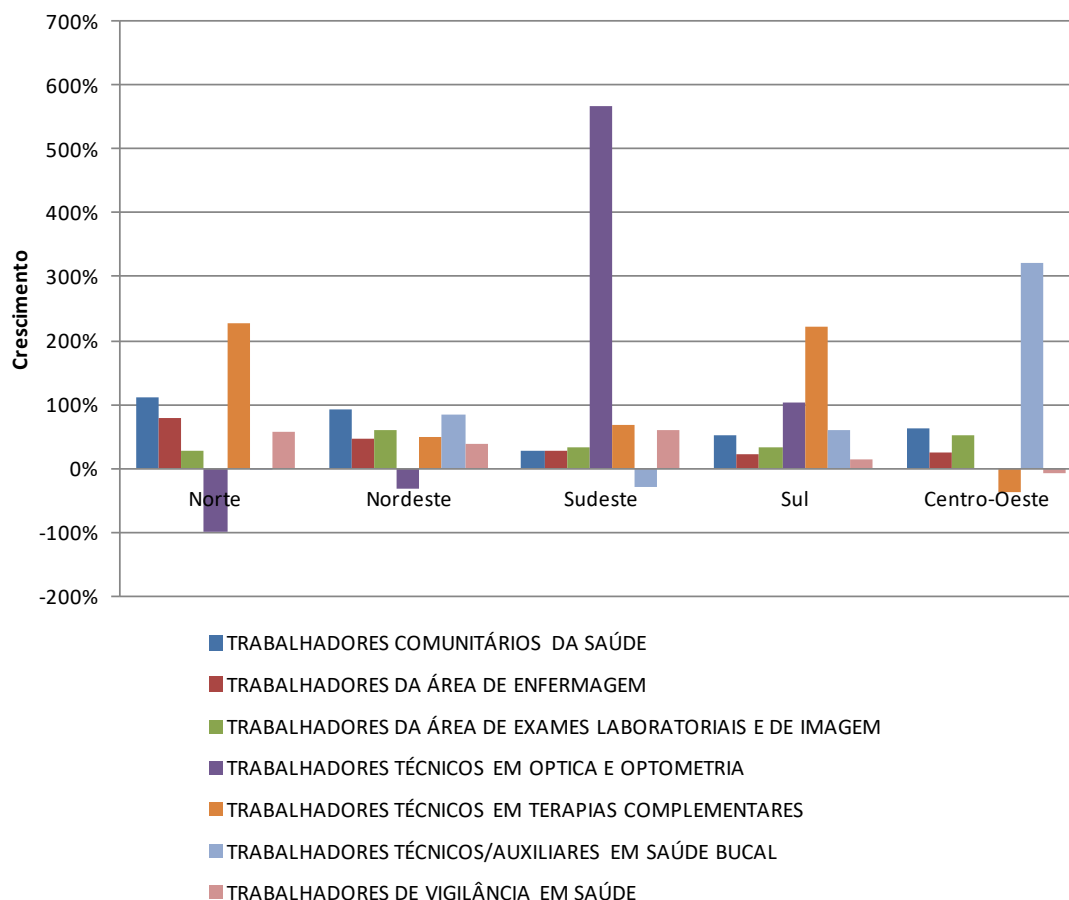
No Gráfico 2, apresentamos essa distribuição ao longo dos 3 anos considerados. As informações dos totais por Grupos ocupacionais e grandes regiões encontram-se nas Tabelas A, B e C do ANEXO.

Gráfico 2 - Totais de técnicos ao longo dos anos. Brasil, 2003, 2005 e 2009



Quando analisamos os Grupos ocupacionais por Grandes Regiões, observamos um crescimento acentuado dos Técnicos em Óptica e Optometria na região Sudeste, indo de um total de 668 trabalhadores em 2003, para 4,462 em 2009 (crescimento de 568%), seguido por um aumento de 322% nos Técnicos/auxiliares em Saúde Bucal e incremento mediano de 226% e 221% dos Técnicos em Terapias Alternativas nas regiões Norte e Sul respectivamente, como podemos observar no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Crescimento em 6 anos (2003-2009) por Grupo Ocupacional e Região. Brasil, 2003 e 2009



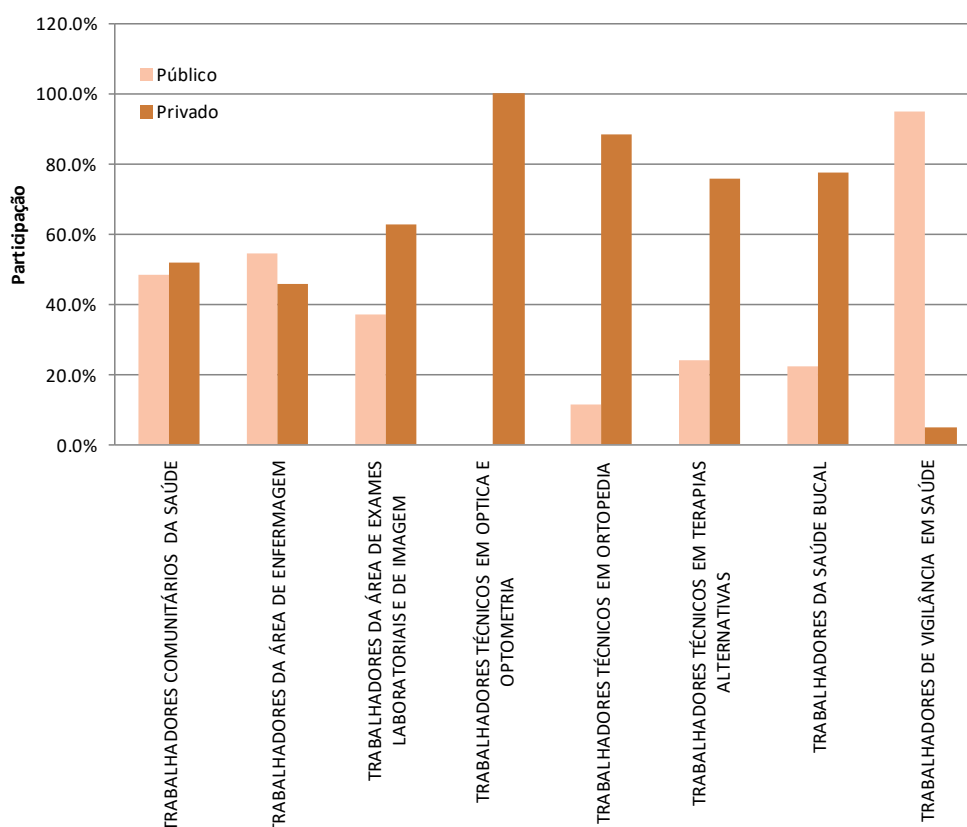
A distribuição das ocupações por dependência administrativa sofre notoriamente com o percentual de trabalhadores que "não declaram" ou acreditam que "não se aplica" sua condição empregatícia no tocante às possibilidades de resposta "público" ou "privado". Essa distorção da informação ocorre principalmente com os trabalhadores Comunitários onde observamos um percentual médio ao longo dos três anos de 69% de não-respostas, seguido pelos trabalhadores em Terapias Complementares cujo percentual cai para médios 51%, e pelos trabalhadores em Saúde Bucal com seus 49%. No restante dos Grupos ocupacionais esse fenômeno não se mostra tão representativo (média de 4% de não-respostas).

No geral, considerando os trabalhadores que responderam ao quesito, nota-se um crescimento daqueles inseridos no setor público, entre os anos de 2003 e 2009 de 19.6%, contra 17.8% dos trabalhadores que se auto-declararam como pertencentes ao setor privado.

Mais surpreendente é a constância da participação desses trabalhadores nos respectivos setores do emprego: nos três anos estudados a participação média dos trabalhadores no setor público foi de 61.4% (máximo de 61.7% em 2009 e mínimo de 61.3% em 2003) e consequente participação média no setor privado de 38.6% (máximo de 38.7% em 2003 e mínimo de 38.3% em 2009).

Já a participação dos Grupos ocupacionais nas dependências administrativas é bem irregular e reserva alguma peculiaridades, como podemos observar no Gráfico 4. Dentre elas, destacamos a inexistência de respondentes auto-declarados como trabalhadores técnicos em Óptica e Optometria no setor público em 2009 (assim como nos anos anteriormente estudados), e a elevada participação de trabalhadores das áreas de Ortopedia, Terapias Complementares, Saúde Bucal e Exames no setor privado, no mesmo período.

Gráfico 4 - Participação dos Grupos ocupacionais por Dependência Administrativa. Brasil, 2009



Quando analisamos o comportamento dos Grupos ocupacionais por região, destacamos no setor público (Gráfico 6) um crescimento de 100% dos trabalhadores da área de enfermagem na região Norte, de 133% e 142% dos trabalhadores de

Exames e Terapias Complementares na região Nordeste, além de um incremento de 227% da força de trabalho em Saúde Bucal na região Centro-Oeste. No setor privado (Gráfico 7), destaca-se o crescimento dos trabalhadores de saúde bucal na região Sul e Nordeste (1285% e 216% respectivamente), além dos ópticos/optometristas e terapias complementares na região Sudeste (424% e 159% respectivamente). Disponibilizamos no ANEXO as Tabelas D, E e F com os totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Grandes Regiões dos anos de 2003, 2005 e 2009, respectivamente.

Gráfico 5 - Crescimento em 6 anos (2003-2009) dos Grupos ocupacionais no Setor Público. Brasil 2003 e 2009

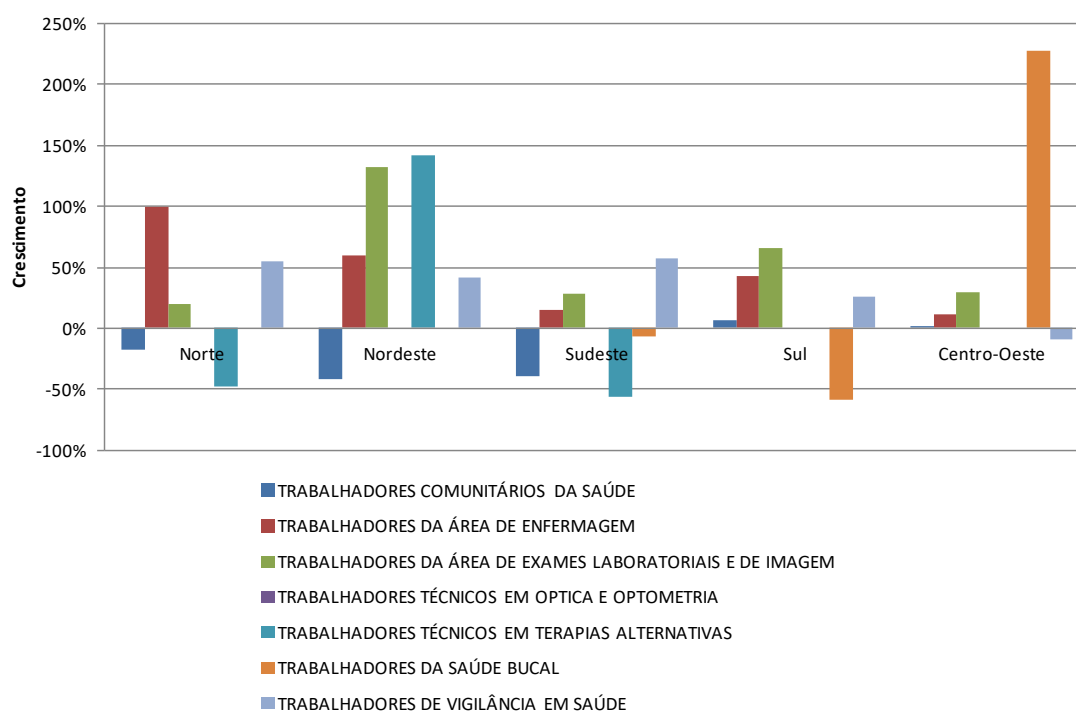
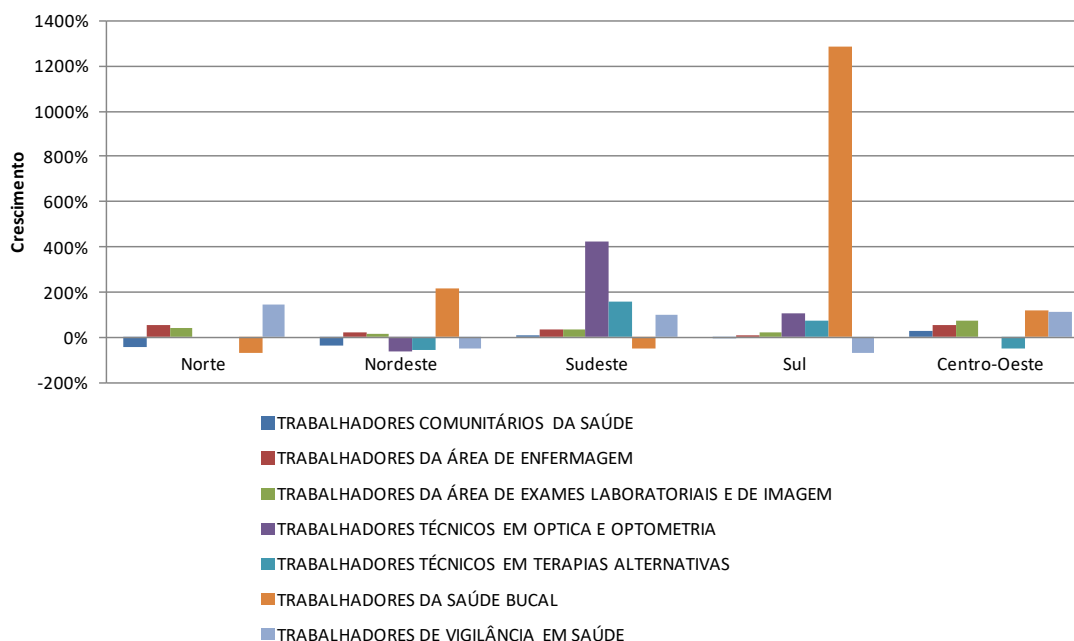


Gráfico 6 - Crescimento em 6 anos (2003-2009) dos Grupos ocupacionais no Setor Privado. Brasil, 2003 e 2009

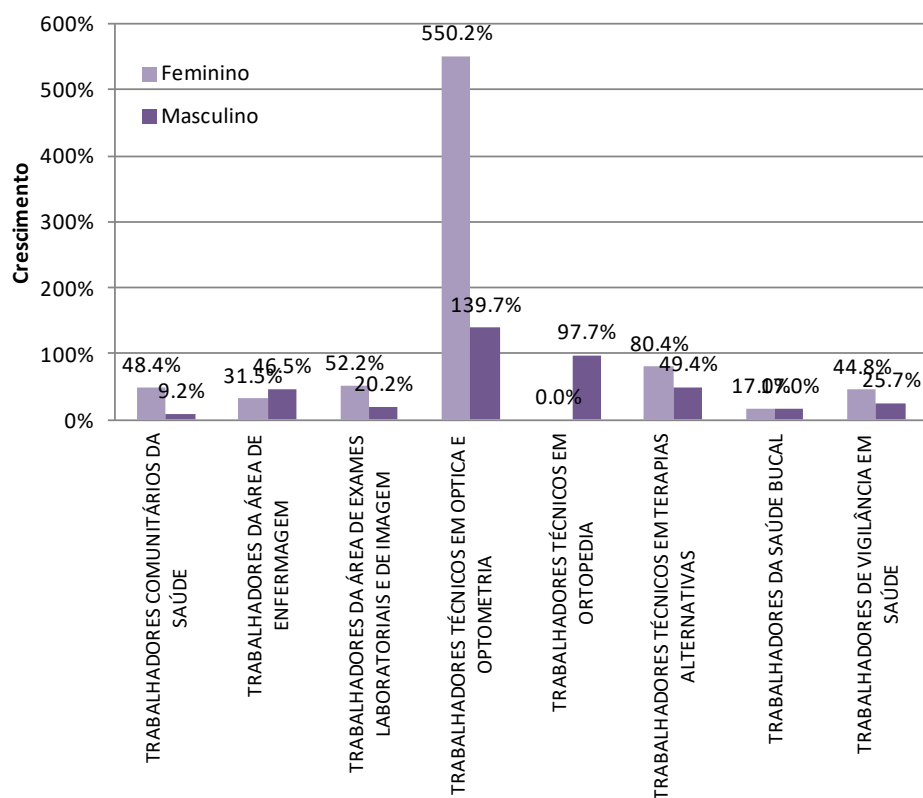


A participação feminina aumentou consideravelmente no decorrer desses 7 anos, passando de 82.7% em 2003 para 84.6% em 2009, o que equivale a um crescimento no número de trabalhadores de 43.7% nesses 6 anos. Na Tabela 2, apresentamos os totais nos três anos estudados; e, no Gráfico 7, o crescimento em 6 anos (2003-2009), ambos por sexo.

Tabela 2 - Totais por Grupos ocupacionais e sexo. Brasil, 2003, 2005 e 2009

Grupos ocupacionais	Sexo					
	Masculino			Feminino		
	2003	2005	2009	2003	2005	2009
Trabalhadores comunitários da saúde	70,965	78,219	77,483	877,002	939,976	1,301,833
Trabalhadores da área de enfermagem	58,428	66,661	85,583	418,438	509,662	550,236
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	45,974	40,703	55,253	58,054	58,330	88,352
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	2,121	4,010	5,083	219	2,025	1,424
Trabalhadores técnicos em ortopedia	576	0	1,139	0	994	962
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	2,620	6,652	3,913	11,299	22,542	20,379
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	29,858	23,937	34,937	13,988	12,063	16,362
Trabalhadores de vigilância em saúde	116,124	127,242	145,924	185,942	208,980	269,301
Total	326,666	347,424	409,315	1,564,942	1,754,572	2,248,849

Gráfico 7 - Crescimento em 6 anos (2003-2009) dos Grupos ocupacionais no Setor Privado. Brasil, 2003 e 2009.



A representativa participação feminina, entretanto, não é homogênea nos Grupos ocupacionais estudados. No ano de 2009, enquanto nas ocupações comunitárias, de enfermagem, e em terapias alternativas preencheram 94.4%, 86.5% e 83.9% (respectivamente) dos postos de trabalho, nas áreas de óptica e optometria, saúde bucal e ortopedia esses percentuais passam para 21.9% e 31.9% e 45.8%.

Ao analisarmos a distribuição por sexo nos setores do trabalho (público e privado), observamos uma manutenção da forte representação feminina ao longo dos seis anos: em 2003 as mulheres ocupavam 76.3% dos postos públicos e 78.5% dos postos privados, em 2009 essas fatias passaram para 75.8% e 78.2%, respectivamente. Na Tabela 3, apresentamos as participações por sexo e setor do emprego, dos grupos estudados em 2009.

Tabela 3 - Participação por sexo nos setores do trabalho, por Grupos ocupacionais. Brasil, 2009

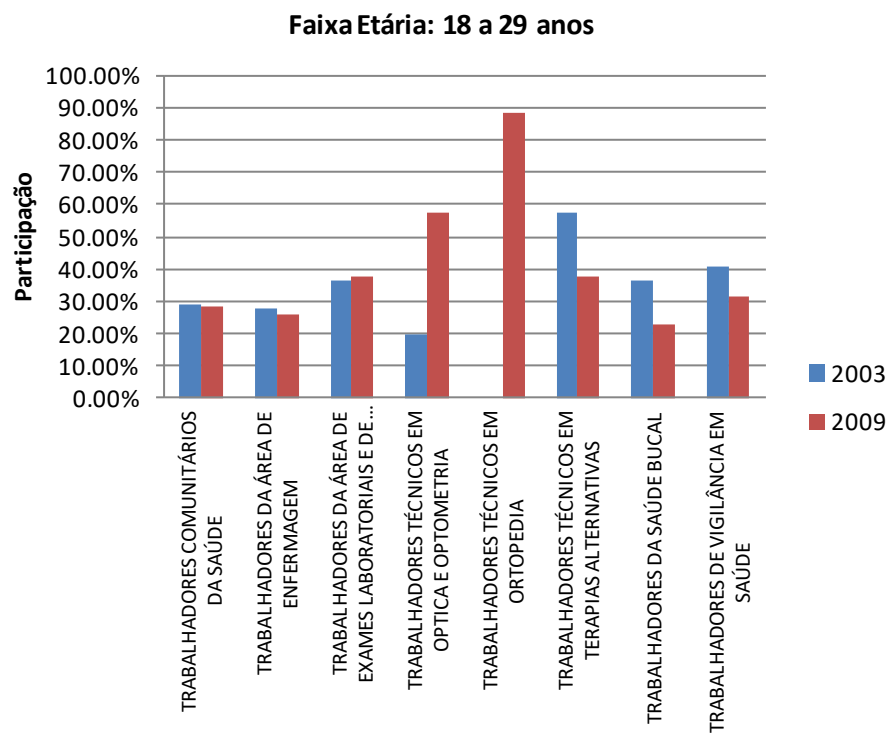
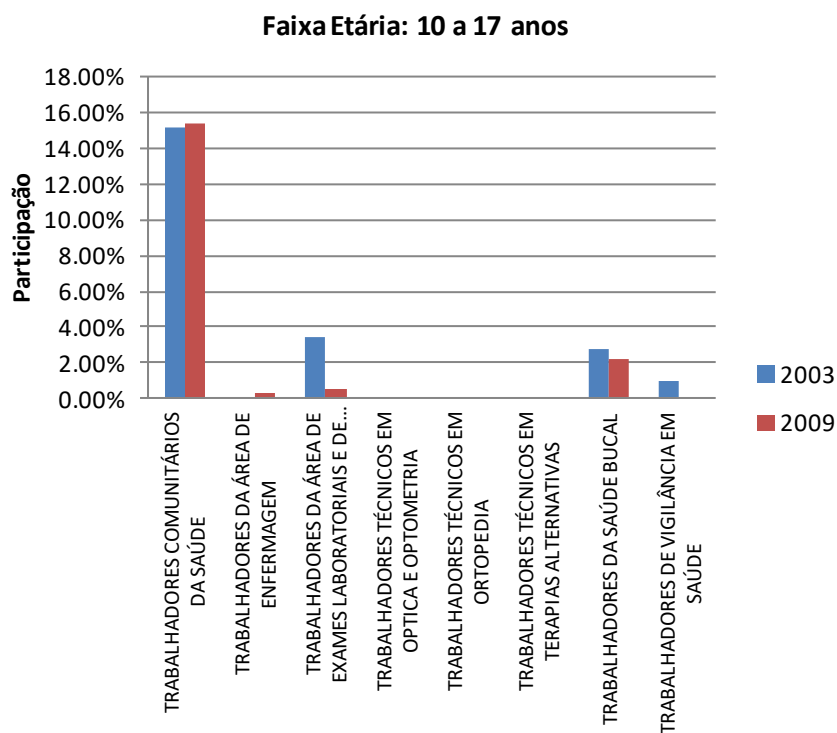
Grupos ocupacionais	Setor do trabalho			
	Público		Privado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Trabalhadores comunitários da saúde	18.6%	81.4%	14.3%	85.7%
Trabalhadores da área de enfermagem	11.8%	88.2%	15.2%	84.8%
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	44.0%	56.0%	35.4%	64.6%
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	-	-	95.5%	4.5%
Trabalhadores técnicos em ortopedia	100.0%	0.0%	48.2%	51.8%
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	18.2%	81.8%	21.1%	78.9%
Trabalhadores da saúde bucal	24.0%	76.0%	62.1%	37.9%
Trabalhadores de vigilância em saúde	34.2%	65.8%	53.9%	46.1%
Total	24.2%	75.8%	21.8%	78.2%

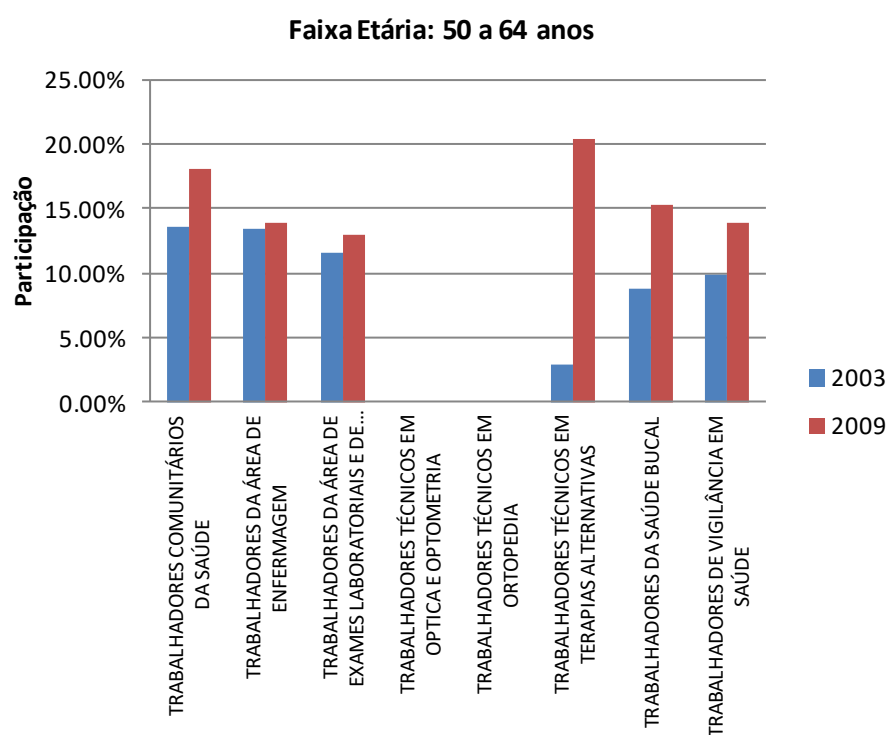
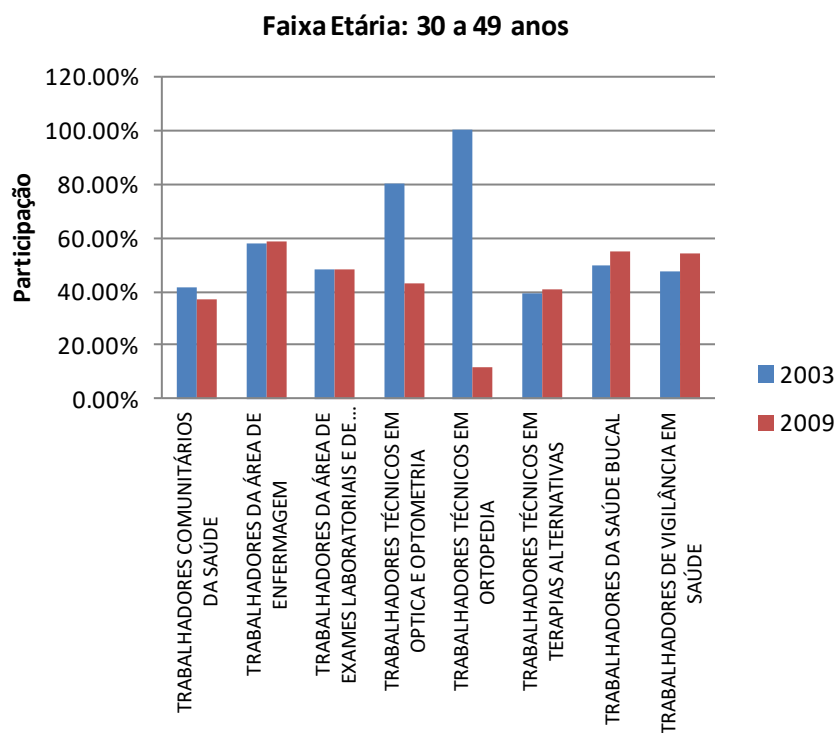
No Anexo, disponibilizamos as Tabelas G, H e I com os totais dos Grupos ocupacionais, por sexo e grandes regiões dos anos de 2003, 2005 e 2009, respectivamente.

Quanto às idades dos trabalhadores, observamos que não só a população esta envelhecendo, como também os trabalhadores ativos dos Grupos ocupacionais estudados. Apesar de verificarmos um aumento na participação da faixa etária de 10 a 17 anos nos trabalhadores comunitários da saúde de 2003 para 2009, seja por fragilidade dos vínculos ou na base de dados, o mesmo não se observa nos demais Grupos ocupacionais.

Os trabalhadores de exames e imagem, e técnicos em óptica e optometria, apresentaram um aumento de 3.1% e 189.2% ao longo desses 7 anos, ao passo que nos grupos de terapias alternativas, saúde bucal e vigilância em saúde observamos um aumento da participação dos trabalhadores de 30 a 49 anos de 2.7%, 9.8% e 13.6% respectivamente, além de um claro crescimento da participação dos trabalhadores de 50 a 64 anos, em todos os grupos estudados. No gráfico 8 disponibilizamos, por Grupos ocupacionais, a participação das faixas etárias nos anos de 2003 e 2009.

Gráfico 8 - Participação das faixas etárias por Grupos ocupacionais. Brasil, 2003 e 2009





Nas Tabelas J, K e L do Anexo apresentamos o contingente de trabalhadores por Grupos ocupacionais e faixas etárias, para os anos de 2003, 2005 e 2009 respectivamente.

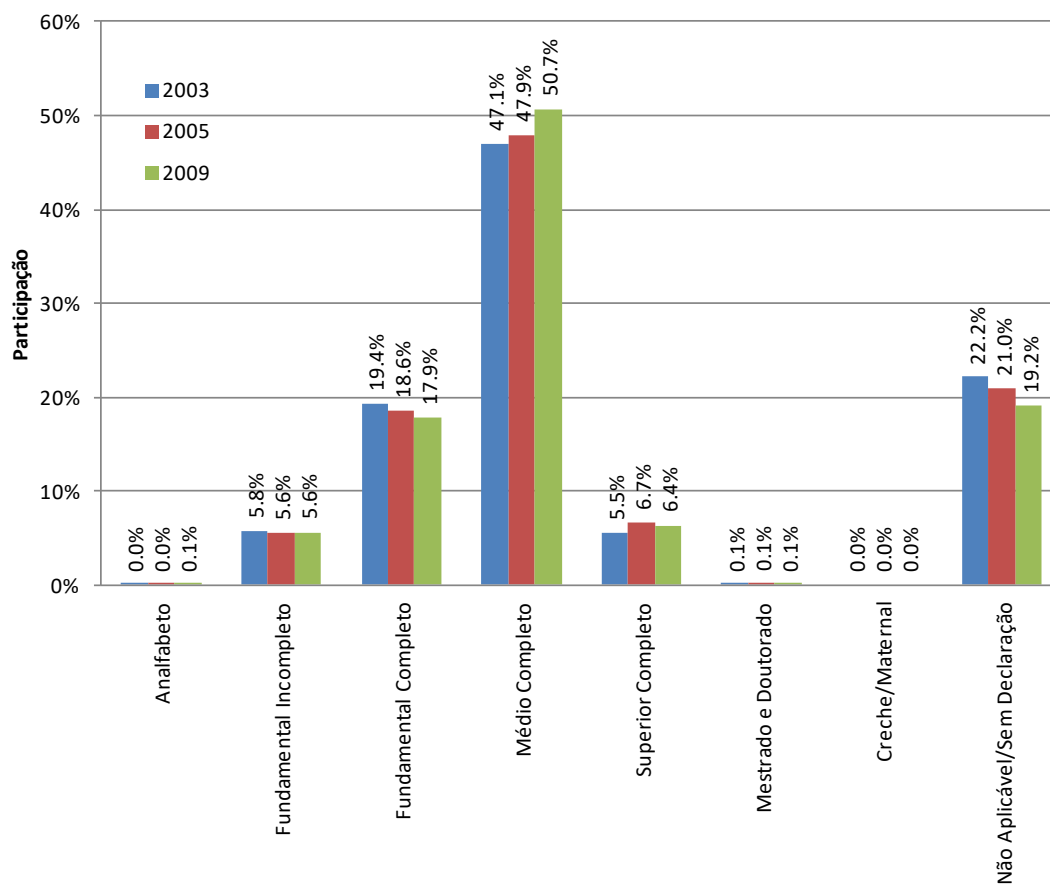
Para analisar a escolaridade dos trabalhadores, utilizamos informações sobre o último curso que o respondente frequentou, no intuito de desvincular a ocupação da escolaridade, o que muitas vezes de fato não tem uma correlação linear.

Desta forma, quanto à escolaridade dos trabalhadores estudados, observamos uma migração na participação de trabalhadores com nível fundamental completo em 2003, para médio completo em 2009, através de um decréscimo de -7.57% nos trabalhadores que tinham o fundamental completo em 2003 e continuaram tendo a mesma escolaridade em 2009, e um aumento de 7.75% nos trabalhadores com nível médio completo. Houve também um crescimento significativo no total de trabalhadores de 15.0% no número de trabalhadores com nível superior, no mesmo período. Na Tabela 4 apresentamos os totais por nível de escolaridade e participação (% linha), também ilustrado no Gráfico 9.

Tabela 4 - Total e percentual dos níveis de escolaridade dos trabalhadores analisados. Brasil, 2003, 2005 e 2009

Nível de escolaridade	2003		2005		2009	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	208	0.0%	781	0.0%	2,481	0.1%
Fundamental incompleto	109,238	5.8%	116,707	5.6%	150,060	5.6%
Fundamental completo	366,185	19.4%	391,360	18.6%	475,609	17.9%
Médio completo	890,135	47.1%	1,007,862	47.9%	1,347,835	50.7%
Superior completo	104,884	5.5%	140,544	6.7%	169,450	6.4%
Mestrado e doutorado	1,268	0.1%	2,669	0.1%	2,364	0.1%
Creche/maternal	-	-	-	-	-	-
Não aplicável/sem declaração	419,690	22.2%	442,073	21.0%	510,365	19.2%
Total	1,891,608	100.0%	2,101,996	100.0%	2,658,164	100.0%

Gráfico 9 - Participação dos níveis educacionais por Grupos ocupacionais. Brasil, 2003, 2005 e 2009



Nas Tabelas M, N e O do Anexo apresentamos o contingente de trabalhadores por Grupos ocupacionais e escolaridade, para os anos de 2003, 2005 e 2009 respectivamente.

Quanto a renda, observamos um aumento nos últimos 6 anos (considerando todos os Grupos ocupacionais) de 60.7% no que diz respeito a remuneração por horas trabalhadas, contra um incremento no mesmo período de 93.6% no salário mínimo. A ocupação que conseguiu ao longo desses anos um maior aumento salarial foi o grupo dos técnicos em ortopedia, que saiu de uma remuneração de R\$ 1.00 por hora trabalhada em 2003, para R\$ 6.11 em 2009 (crescimento salarial de 511.5%); seguido pelos técnicos em terapias alternativas que conseguiram incrementar seu salário em 78.6%. Em último lugar ficaram os trabalhadores Comunitários da Saúde, com um aumento salarial de apenas 30.9%.

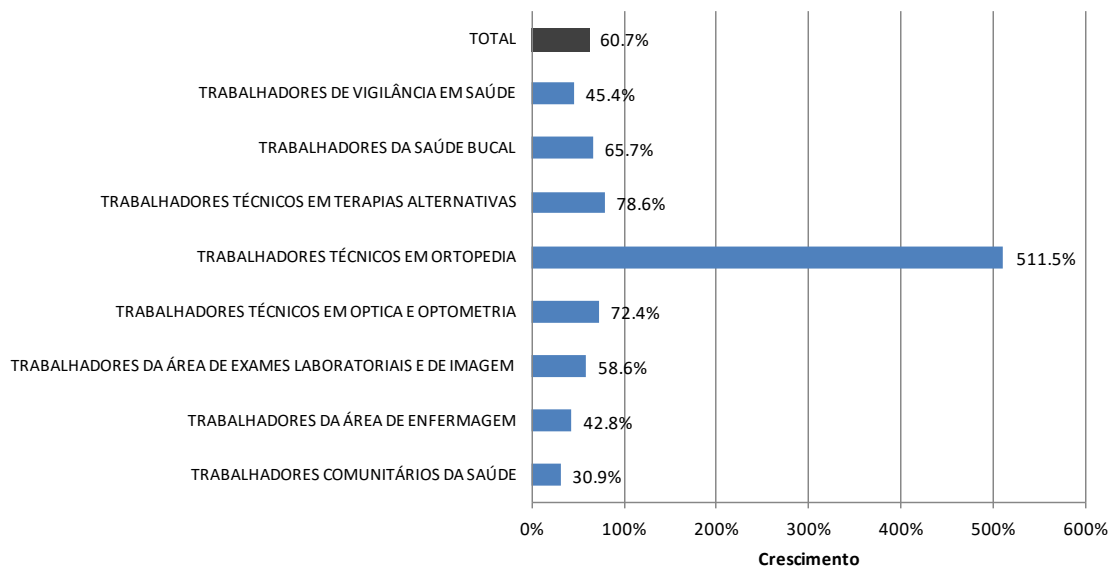
Em 2009, o grupo ocupacional que apresentou mais variabilidade quanto às remunerações foi o de Saúde Bucal, com um desvio-padrão de R\$ 8.93.

Na Tabela 5 apresentamos os valores médios de renda por horas trabalhadas por Grupos ocupacionais em 2003, 2005 e 2009; e no gráfico 10 os crescimentos em 6 anos (2003-2009).

Tabela 5 - Média e Desvio-padrão de renda por horas trabalhadas, por Grupos ocupacionais. Brasil, 2003, 2005 e 2009

Grupos ocupacionais	2003		2005		2009	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Trabalhadores comunitários da saúde	1.84	2.78	1.91	2.26	2.41	2.36
Trabalhadores da área de enfermagem	3.77	5.26	4.52	8.01	5.38	4.55
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	4.31	3.40	5.52	5.12	6.83	5.31
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	3.09	2.28	5.00	3.40	5.32	2.46
Trabalhadores técnicos em ortopedia	1.00	.00	5.03	2.67	6.11	3.75
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	3.72	4.13	5.74	4.43	6.64	4.35
Trabalhadores da saúde bucal	4.33	4.23	4.22	3.24	7.17	8.93
Trabalhadores de vigilância em saúde	2.72	5.58	2.81	3.37	3.95	3.25
Total	3.57	11.24	4.12	10.05	5.74	17.69

Gráfico 10 - Crescimento de renda por horas trabalhadas em 6 anos. Brasil, 2003 e 2009



Nas Tabelas P, Q e R do Anexo apresentamos a média e desvio-padrão de renda por horas trabalhadas, por Grupos ocupacionais, para os anos de 2003, 2005 e 2009 respectivamente.

ANEXO

Tabela A - Totais por Grupos ocupacionais e Grandes Regiões. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	37,087	134,991	560,842	147,405	67,642	947,967
Trabalhadores da área de enfermagem	31,459	95,052	231,650	79,772	38,933	476,866
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	7,088	17,722	58,397	13,849	6,972	104,028
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	383	682	668	607	-	2,340
Trabalhadores técnicos em ortopedia	-	-	576	-	-	576
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	319	2,926	7,258	1,750	1,666	13,919
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	2,679	7,962	25,700	6,048	1,457	43,846
Trabalhadores de vigilância em saúde	30,546	127,123	75,703	37,751	30,943	302,066
Total	109,561	386,458	960,794	287,182	147,613	1,891,608

Tabela B - Totais por Grupos ocupacionais e Grandes Regiões. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	42,139	136,139	613,848	149,667	76,402	1,018,195
Trabalhadores da área de enfermagem	41,747	105,707	299,809	96,205	32,855	576,323
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	5,500	18,793	51,899	13,702	9,139	99,033
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	651	3,204	2,180	0	6,035
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	994	0	994
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	2,437	3,212	14,592	7,015	1,938	29,194
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	1,565	4,651	22,195	4,149	3,440	36,000
Trabalhadores de vigilância em saúde	37,324	129,523	101,711	37,999	29,665	336,222
Total	130,712	398,676	1,107,258	311,911	153,439	2,101,996

Tabela C - Totais por Grupos ocupacionais e Grandes Regiões. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	78,263	257,412	709,275	225,075	109,291	1,379,316
Trabalhadores da área de enfermagem	56,244	139,960	294,714	96,701	48,200	635,819
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	8,921	28,143	77,478	18,472	10,591	143,605
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	0	462	4,462	1,231	352	6,507
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	1,139	962	0	0	2,101
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	1,041	4,353	12,221	5,616	1,061	24,292
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	2,617	14,549	18,352	9,632	6,149	51,299
Trabalhadores de vigilância em saúde	48,066	174,056	121,791	42,682	28,630	415,225
Total	15,555,306	54,019,878	80,466,148	27,776,167	13,978,355	191,795,854

Tabela D1 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Norte e Nordeste. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Norte				Nordeste			
	Privado	Público	Não-aplicável	Total	Privado	Público	Não-aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	3,198	10,256	23,633	37,087	25,995	46,433	62,563	134,991
Trabalhadores da área de enfermagem	6,145	23,286	2,028	31,459	36,213	57,260	1,579	95,052
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,107	3,821	160	7,088	12,003	5,510	209	17,722
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	383	0	0	383	682	0	0	682
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	0	319	0	319	1,576	658	692	2,926
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	926	0	1,753	2,679	1,471	0	6,491	7,962
Trabalhadores de vigilância em saúde	686	29,860	0	30,546	7,354	119,769	0	127,123
Total	14,445	67,542	27,574	109,561	85,294	229,630	71,534	386,458

Tabela D2 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Sudeste e Sul. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Sudeste				Sul			
	Privado	Público	Não-aplicável	Total	Privado	Público	Não-aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	102,836	119,167	338,839	560,842	26,202	25,480	95,723	147,405
Trabalhadores da área de enfermagem	115,350	108,867	7,433	231,650	46,655	31,500	1,617	79,772
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	38,843	19,554	0	58,397	10,509	3,139	201	13,849
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	668	0	0	668	607	0	0	607
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	576	0	576	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	2,279	1,433	3,546	7,258	976	0	774	1,750
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	13,109	2,875	9,716	25,700	372	979	4,697	6,048
Trabalhadores de vigilância em saúde	6,178	69,525	0	75,703	4,959	32,792	0	37,751
Total	279,263	321,997	359,534	960,794	90,280	93,890	103,012	287,182

Tabela D3 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Centro-Oeste e Total. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Centro-Oeste				Total			
	Privado	Público	Não-aplicável	Total	Privado	Público	Não-aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	6,208	11,739	49,695	67,642	164,439	213,075	570,453	947,967
Trabalhadores da área de enfermagem	13,108	24,367	1,458	38,933	217,471	245,280	14,115	476,866
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,549	3,423	0	6,972	68,011	35,447	570	104,028
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	0	0	0	0	2,340	0	0	2,340
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	0	576	0	576
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	1,013	0	653	1,666	5,844	2,410	5,665	13,919
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	1,023	434	0	1,457	16,901	4,288	22,657	43,846
Trabalhadores de vigilância em saúde	435	30,508	0	30,943	19,612	282,454	0	302,066
Total	25,336	70,471	51,806	147,613	494,618	783,530	613,460	1,891,608

Tabela E1 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Norte e Nordeste. BRASIL, 2005

Grupos Ocupacionais	Grandes Regiões							
	Norte				Nordeste			
	SETOR DO EMPREGO				SETOR DO EMPREGO			
	Privado	Público	Não Informado	Total	Privado	Público	Não Informado	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	2,427	10,844	28,868	42,139	14,371	34,378	87,390	136,139
Trabalhadores da área de enfermagem	6,961	33,586	1,200	41,747	39,185	60,990	5,532	105,707
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	943	4,392	165	5,500	8,383	10,191	219	18,793
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	0	0	0	0	208	0	443	651
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	654	165	1,618	2,437	1,051	1,954	207	3,212
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	705	0	860	1,565	2,560	219	1,872	4,651
Trabalhadores de vigilância em saúde	1,148	36,176	0	37,324	5,821	123,209	493	129,523
Total	12,838	85,163	32,711	130,712	71,579	230,941	96,156	398,676

Tabela E2 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Sudeste e Sul. BRASIL, 2005

Grupos Ocupacionais	Grandes Regiões							
	Sudeste				Sul			
	SETOR DO EMPREGO				SETOR DO EMPREGO			
	Privado	Público	Não Informado	Total	Privado	Público	Não Informado	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	102,460	83,307	428,081	613,848	18,623	15,651	115,393	149,667
Trabalhadores da área de enfermagem	148,320	136,082	15,407	299,809	50,715	43,468	2,022	96,205
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	35,863	14,545	1,491	51,899	10,646	2,260	796	13,702
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	2,340	0	864	3,204	2,180	0	0	2,180
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	994	0	0	994
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	4,210	864	9,518	14,592	632	0	6,383	7,015
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	11,575	386	10,234	22,195	2,159	1,186	804	4,149
Trabalhadores de vigilância em saúde	5,901	95,810	0	101,711	5,765	32,234	0	37,999
Total	310,669	330,994	465,595	1,107,258	91,714	94,799	125,398	311,911

Tabela E3 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Centro-Oeste e Total. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Centro-Oeste				Total			
	SETOR DO EMPREGO				SETOR DO EMPREGO			
	Privado	Público	Não Informado	Total	Privado	Público	Não Informado	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	6,982	16,561	52,859	76,402	144,863	160,741	712,591	1,018,195
Trabalhadores da área de enfermagem	10,434	21,272	1,149	32,855	255,615	295,398	25,310	576,323
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,534	5,605	0	9,139	59,369	36,993	2,671	99,033
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	0	0	4,728	0	1,307	6,035
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	994	0	0	994
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	1,097	0	841	1,938	7,644	2,983	18,567	29,194
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	1,223	542	1,675	3,440	18,222	2,333	15,445	36,000
Trabalhadores de vigilância em saúde	2,321	27,344	0	29,665	20,956	314,773	493	336,222
Total	25,591	71,324	56,524	153,439	512,391	813,221	776,384	2,101,996

Tabela F1 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Norte e Nordeste. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Norte				Nordeste			
	Privado	Público	Não aplicável	Total	Privado	Público	Não aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	1,795	8,427	68,041	78,263	16,830	26,771	213,811	257,412
Trabalhadores da área de enfermagem	9,361	46,489	394	56,244	44,529	91,443	3,988	139,960
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	4,331	4,590	0	8,921	14,043	12,817	1,283	28,143
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	0	0	240	0	222	462
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	895	244	0	1,139
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	678	166	197	1,041	706	1,593	2,054	4,353
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	262	197	2,158	2,617	4,654	728	9,167	14,549
Trabalhadores de vigilância em saúde	1,657	46,409	0	48,066	3,840	170,216	0	174,056

Total	2,239,34 2	1,057,90 6	12,258,05 8	15,555, 306	7,220,81 7	2,934,06 6	43,864,9 95	54,019, 878
-------	---------------	---------------	----------------	----------------	---------------	---------------	----------------	----------------

Tabela F2 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Sudeste e Sul. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Sudeste				Sul			
	Privado	Público	Não aplicável	Total	Privado	Público	Não aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	104,771	71,732	532,772	709,275	24,895	27,095	173,085	225,075
Trabalhadores da área de enfermagem	158,344	125,565	10,805	294,714	50,070	44,915	1,716	96,701
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	51,387	25,129	962	77,478	12,630	5,208	634	18,472
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	3,500	0	962	4,462	1,231	0	0	1,231
Trabalhadores técnicos em ortopedia	962	0	0	962	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	5,904	618	5,699	12,221	1,682	401	3,533	5,616
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	6,525	2,697	9,130	18,352	5,151	401	4,080	9,632
Trabalhadores de vigilância em saúde	12,402	109,389	0	121,791	1,448	41,234	0	42,682
Total	20,019,5 22	4,285,15 7	56,161,4 69	80,466,1 48	6,682,15 3	1,489,93 2	19,604,0 82	27,776, 167

Tabela F3 - Totais por Grupos ocupacionais, Dependência Administrativa e Região Centro-Oeste e Total. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões							
	Centro-Oeste				Total			
	Privado	Público	Não aplicável	Total	Privado	Público	Não aplicável	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	7,865	11,832	89,594	109,291	156,156	145,857	1,077,303	1,379,316
Trabalhadores da área de enfermagem	19,762	27,076	1,362	48,200	282,066	335,488	18,265	635,819
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	6,179	4,412	0	10,591	88,570	52,156	2,879	143,605
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	352	0	0	352	5,323	0	1,184	6,507
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	1,857	244	0	2,101
Trabalhadores técnicos em terapias complementares	531	224	306	1,061	9,501	3,002	11,789	24,292
Trabalhadores técnicos/auxiliares em saúde bucal	2,213	1,421	2,515	6,149	18,805	5,444	27,050	51,299
Trabalhadores de vigilância em saúde	929	27,701	0	28,630	20,276	394,949	0	415,225
Total	2,816,67 7	990,190	10,171,48 8	13,978, 355	38,978,5 11	10,757,2 51	142,060, 092	191,79 5,854

**Tabela G1 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Norte e Nordeste.
BRASIL, 2003**

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte			Nordeste		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	3,077	34,010	37,087	12,932	122,059	134,991
Trabalhadores da área de enfermagem	5,136	26,323	31,459	8,754	86,298	95,052
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,424	3,664	7,088	8,066	9,656	17,722
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	383	0	383	463	219	682
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	158	161	319	208	2,718	2,926
Trabalhadores da saúde bucal	1,911	768	2,679	7,253	709	7,962
Trabalhadores de vigilância em saúde	14,822	15,724	30,546	47,356	79,767	127,123
Total	28,911	80,650	109,561	85,032	301,426	386,458

**Tabela G2 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Sudeste e Sul.
BRASIL, 2003**

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Sudeste			Sul		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	45,342	515,500	560,842	7,304	140,101	147,405
Trabalhadores da área de enfermagem	26,927	204,723	231,650	9,757	70,015	79,772
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	26,871	31,526	58,397	4,840	9,009	13,849
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	668	0	668	607	0	607
Trabalhadores técnicos em ortopedia	576	0	576	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	858	6,400	7,258	402	1,348	1,750
Trabalhadores da saúde bucal	16,090	9,610	25,700	3,922	2,126	6,048
Trabalhadores de vigilância em saúde	29,542	46,161	75,703	9,831	27,920	37,751
Total	146,874	813,920	960,794	36,663	250,519	287,182

Tabela G3 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Centro-Oeste e Total. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Centro-Oeste			Total		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	2,310	65,332	67,642	70,965	877,002	947,967
Trabalhadores da área de enfermagem	7,854	31,079	38,933	58,428	418,438	476,866
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	2,773	4,199	6,972	45,974	58,054	104,028
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	0	2,121	219	2,340
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	576	0	576
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	994	672	1,666	2,620	11,299	13,919
Trabalhadores da saúde bucal	682	775	1,457	29,858	13,988	43,846
Trabalhadores de vigilância em saúde	14,573	16,370	30,943	116,124	185,942	302,066
Total	29,186	118,427	147,613	326,666	1,564,942	1,891,608

Tabela H1 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Norte e Nordeste. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte			Nordeste		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	3,203	38,936	42,139	11,575	124,564	136,139
Trabalhadores da área de enfermagem	6,726	35,021	41,747	10,240	95,467	105,707
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	2,049	3,451	5,500	9,825	8,968	18,793
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	0	651	0	651
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	777	1,660	2,437	676	2,536	3,212
Trabalhadores da saúde bucal	1,399	166	1,565	3,748	903	4,651
Trabalhadores de vigilância em saúde	15,503	21,821	37,324	54,790	74,733	129,523
Total	7,301,605	7,424,454	14,726,059	24,990,010	26,075,265	51,065,275

T

**Tabela H2 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Sudeste e Sul.
BRASIL, 2005**

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Sudeste			Sul		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	50,246	563,602	613,848	8,691	140,976	149,667
Trabalhadores da área de enfermagem	34,388	265,421	299,809	11,138	85,067	96,205
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	21,209	30,690	51,899	3,200	10,502	13,702
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	1,759	1,445	3,204	1,600	580	2,180
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	994	994
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	2,686	11,906	14,592	2,175	4,840	7,015
Trabalhadores da saúde bucal	14,057	8,138	22,195	2,166	1,983	4,149
Trabalhadores de vigilância em saúde	34,978	66,733	101,711	10,488	27,511	37,999
Total	38,032,970	40,524,294	78,557,264	13,162,044	13,837,732	26,999,776

**Tabela H3 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Centro-Oeste e Total.
BRASIL, 2005**

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Centro-Oeste			Total		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	4,504	71,898	76,402	78,219	939,976	1,018,195
Trabalhadores da área de enfermagem	4,169	28,686	32,855	66,661	509,662	576,323
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	4,420	4,719	9,139	40,703	58,330	99,033
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	0	0	0	4,010	2,025	6,035
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	0	994	994
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	338	1,600	1,938	6,652	22,542	29,194
Trabalhadores da saúde bucal	2,567	873	3,440	23,937	12,063	36,000
Trabalhadores de vigilância em saúde	11,483	18,182	29,665	127,242	208,980	336,222
Total	6,365,006	6,675,240	13,040,246	89,851,635	94,536,985	184,388,620

Tabela I1 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Norte e Nordeste. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Norte			Nordeste		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	5,825	72,438	78,263	15,562	241,850	257,412
Trabalhadores da área de enfermagem	10,966	45,278	56,244	15,641	124,319	139,960
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,669	5,252	8,921	9,836	18,307	28,143
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	0	0	462	462
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	1,139	0	1,139
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	1,041	1,041	546	3,807	4,353
Trabalhadores da saúde bucal	1,637	980	2,617	13,246	1,303	14,549
Trabalhadores de vigilância em saúde	23,746	24,320	48,066	64,952	109,104	174,056
Total	7,744,060	7,811,246	15,555,306	26,295,989	27,723,889	54,019,878

Tabela I2 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Sudeste e Sul. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Sudeste			Sul		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	42,994	666,281	709,275	7,815	217,260	225,075
Trabalhadores da área de enfermagem	41,589	253,125	294,714	10,955	85,746	96,701
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	32,963	44,515	77,478	5,355	13,117	18,472
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	3,500	962	4,462	1,231	0	1,231
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	962	962	0	0	0
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	2,913	9,308	12,221	454	5,162	5,616
Trabalhadores da saúde bucal	10,121	8,231	18,352	5,606	4,026	9,632
Trabalhadores de vigilância em saúde	36,988	84,803	121,791	10,321	32,361	42,682
Total	38,908,339	41,557,809	80,466,148	13,557,370	14,218,797	27,776,167

Tabela I3 - Totais dos Grupos ocupacionais, por Gênero e Região Centro-Oeste e Total. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões					
	Centro-Oeste			Total		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	5,287	104,004	109,291	77,483	1,301,833	1,379,316
Trabalhadores da área de enfermagem	6,432	41,768	48,200	85,583	550,236	635,819
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,430	7,161	10,591	55,253	88,352	143,605
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	352	0	352	5,083	1,424	6,507
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	1,139	962	2,101
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	1,061	1,061	3,913	20,379	24,292
Trabalhadores da saúde bucal	4,327	1,822	6,149	34,937	16,362	51,299
Trabalhadores de vigilância em saúde	9,917	18,713	28,630	145,924	269,301	415,225
Total	6,850,731	7,127,624	13,978,355	93,356,489	98,439,365	191,795,854

Tabela J - Totais dos Grupos ocupacionais, por Faixa Etária. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Faixa Etária					
	10 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos ou mais	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	143,241	273,871	392,079	128,520	10,256	947,967
Trabalhadores da área de enfermagem	0	132,815	276,209	64,277	3,565	476,866
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3,600	37,781	49,770	12,025	852	104,028
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	463	1,877	0	0	2,340
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	576	0	0	576
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	8,035	5,475	409	0	13,919
Trabalhadores da saúde bucal	1,223	15,998	21,924	3,836	865	43,846
Trabalhadores de vigilância em saúde	3,087	122,630	143,368	30,023	2,958	302,066
Total	151,151	591,593	891,278	239,090	18,496	1,891,608

Tabela K - Totais dos Grupos ocupacionais, por Faixa Etária. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Faixa Etária					
	10 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos ou mais	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	155,661	322,064	390,290	134,163	16,017	1,018,195
Trabalhadores da área de enfermagem	0	172,563	336,852	64,305	2,603	576,323
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	969	33,015	52,640	12,409	0	99,033
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	2,272	2,688	1,075	0	6,035
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	401	0	593	0	994
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	7,704	14,847	6,063	580	29,194
Trabalhadores da saúde bucal	0	12,793	19,625	2,990	592	36,000
Trabalhadores de vigilância em saúde	741	127,699	171,515	34,847	1,420	336,222

Total	157,371	678,511	988,457	256,445	21,212	2,101,996
-------	---------	---------	---------	---------	--------	-----------

Tabela L - Totais dos Grupos ocupacionais, por Faixa Etária. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Faixa Etária					Total
	10 a 17 anos	18 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos ou mais	
Trabalhadores comunitários da saúde	211,873	389,488	505,931	250,153	21,871	1,379,316
Trabalhadores da área de enfermagem	1,871	166,076	373,838	88,695	5,339	635,819
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	705	53,787	69,260	18,711	1,142	143,605
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	3,723	2,784	0	0	6,507
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	1,857	244	0	0	2,101
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	9,115	9,817	4,959	401	24,292
Trabalhadores da saúde bucal	1,144	11,694	28,161	7,883	2,417	51,299
Trabalhadores de vigilância em saúde	0	131,209	223,933	57,712	2,371	415,225
Total	27,820,836	39,507,663	54,336,383	26,053,978	15,087,966	162,806,826

Tabela M - Totais dos Grupos ocupacionais, por Escolaridade. BRASIL, 2003

Grupos ocupacionais	Nível de Escolaridade								TOTAL
	Analfabeto	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Completo	Superior Completo	Mestrado e Doutorado	Creche /Maternal	Não Aplicável /Sem Declaração	
Trabalhadores comunitários da saúde	208	89,260	261,878	307,870	22,687	0	0	266,064	947,967
Trabalhadores da área de enfermagem	0	4,516	32,456	332,172	46,697	501	0	60,524	476,866
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	0	783	10,873	56,211	17,403	0	0	18,758	104,028
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	668	1,453	219	0	0	0	2,340
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	576	0	0	0	0	0	576
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	0	208	3,978	2,648	767	0	6,318	13,919
Trabalhadores da saúde bucal	0	3,337	9,204	20,153	3,340	0	0	7,812	43,846
Trabalhadores de vigilância em saúde	0	11,342	50,322	168,298	11,890	0	0	60,214	302,066
Total	208	109,238	366,185	890,135	104,884	1,268	0	419,690	1,891,608

Tabela N - Totais dos Grupos ocupacionais, por Escolaridade. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Nível de Escolaridade								Total
	Analfabeto	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio completo	Superior completo	Mestrado e doutorado	Creche	Não Aplicável/ Sem Declaração	
Trabalhadores comunitários da saúde	781	97,687	306,836	326,701	26,630	-	-	259,560	1,018,195
Trabalhadores da área de enfermagem	-	4,340	22,181	394,331	60,508	1,833	-	93,130	576,323
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	-	1,137	8,615	52,864	17,762	628	-	18,027	99,033
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	-	-	593	3,209	1,444	208	-	581	6,035
Trabalhadores técnicos em ortopedia	-	-	994	-	-	-	-	0	994
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	-	1,384	2,288	11,533	8,466	-	-	5,523	29,194
Trabalhadores da saúde bucal	-	207	3,938	25,636	2,519	-	-	3,700	36,000
Trabalhadores de vigilância em saúde	-	11,952	45,915	193,588	23,215	-	-	61,552	336,222
Total	781	116,707	391,360	1,007,862	140,544	2,669	-	442,073	2,101,996

Tabela O - Totais dos Grupos ocupacionais, por Escolaridade. BRASIL, 2009

Grupos ocupacionais	Nível de Escolaridade								
	Analfabeto	Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio completo	Superior completo	Mestrado e doutorado	Creche/Maternal	Não Aplicável/SEM Declaração	Total
Trabalhadores comunitários da saúde	2,481	135,864	417,247	434,904	47,321	0	0	341,499	1,379,316
Trabalhadores da área de enfermagem	0	0	2,454	505,106	52,928	524	0	74,807	635,819
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	0	2,482	5,338	77,463	26,897	942	0	30,483	143,605
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	0	0	614	3,969	1,924	0	0	0	6,507
Trabalhadores técnicos em ortopedia	0	0	0	2,101	0	0	0	0	2,101
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	0	0	850	13,518	4,177	306	0	5,441	24,292
Trabalhadores da saúde bucal	0	1,692	7,324	30,626	6,687	0	0	4,970	51,299
Trabalhadores de vigilância em saúde	0	10,022	41,782	280,148	29,516	592	0	53,165	415,225
Total	2,481	150,060	475,609	1,347,835	169,450	2,364	0	510,365	2,658,164

Tabela P - Renda por Hora Trabalhada, por Grupos ocupacionais. BRASIL, 2003

Grupo ocupacional	Grandes Regioes											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o
Trabalhadores comunitários da saúde	1.58	2.12	1.44	1.53	2.06	3.24	1.66	2.27	1.43	1.54	1.84	2.78
Trabalhadores da área de enfermagem	2.96	1.83	2.66	5.03	3.89	2.67	4.82	10.16	4.20	3.80	3.77	5.26
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	3.19	1.91	3.50	2.87	4.58	3.57	3.97	2.56	5.79	4.57	4.31	3.40
Trabalhadores técnicos em optica e optometria	5.80	3.17	3.11	2.58	2.00	.00	2.55	.00	.	.	3.09	2.28
Trabalhadores técnicos em ortopedia	.	.	.	.	1.00	.00	.	.	.	.	1.00	.00
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	14.06	12.59	3.30	2.68	2.63	1.62	6.50	4.58	2.04	.99	3.72	4.13
Trabalhadores da saúde bucal	3.52	2.58	2.69	1.49	5.03	5.11	3.94	2.21	4.39	3.52	4.33	4.23
Trabalhadores de vigilância em saúde	2.93	2.67	2.25	4.17	3.77	9.36	1.91	1.05	2.89	2.68	2.72	5.58
Total	2.81	5.39	2.15	5.54	4.27	14.24	3.89	10.75	3.84	8.06	3.57	11.24

Tabela Q - Renda por Hora Trabalhada, por Grupos ocupacionais. BRASIL, 2005

Grupos ocupacionais	Grandes Regiões											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	Mé- di- a	Desvio - Padrão	Mé- di- a	Desvio - Padrão	Mé- di- a	Desvio - Padrão	Mé- di- a	Desvio - Padrão	Mé- di- a	Desvio - Padrão	Mé- di- a	Desvio - Padrão
Trabalhadore s comunitários da saúde	1.86	2.30	1.46	1.78	2.08	2.47	1.70	1.75	1.80	1.87	1.91	2.26
Trabalhadore s da área de enfermagem	4.14	3.30	3.39	3.34	4.53	2.95	5.34	18.05	6.14	4.98	4.52	8.01
Trabalhadore s da área de exames laboratoriais e de imagem	4.54	2.80	4.71	4.20	5.71	4.11	5.45	8.23	6.76	6.70	5.52	5.12
Trabalhadore s técnicos em optica e optometria	.	.	6.42	7.59	5.21	2.84	4.25	1.32	.	.	5.00	3.40
Trabalhadore s técnicos em ortopedia	.	.	.	.	.	.	5.03	2.67	.	.	5.03	2.67
Trabalhadore s técnicos em terapias alternativas	5.09	3.10	2.69	.90	5.69	2.70	6.06	5.34	10.42	9.27	5.74	4.43
Trabalhadore s da saúde bucal	6.56	5.41	3.65	2.83	4.22	3.33	3.32	1.81	5.04	2.39	4.22	3.24
Trabalhadore s de vigilância em saúde	2.55	2.06	2.28	1.93	3.41	4.82	2.65	3.01	3.56	3.56	2.81	3.37
Total	3.30	6.28	2.63	7.04	4.77	10.81	4.54	9.90	4.86	14.95	4.12	10.05

Tabela R - Renda por Hora Trabalhada, por Grupos ocupacionais. BRASIL, 2009

Grupo ocupacional	Grandes Regiões											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o	Mé- di- a	Desvio - Padrã o
Trabalhadores comunitários da saúde	2.04	2.56	1.61	1.64	2.74	2.60	2.56	2.14	2.20	1.91	2.41	2.36
Trabalhadores da área de enfermagem	5.72	4.22	4.41	2.92	5.68	5.55	5.40	2.69	5.95	4.77	5.38	4.55
Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem	9.33	11.25	5.30	3.83	6.69	3.92	8.23	6.08	7.17	6.23	6.83	5.31
Trabalhadores técnicos em óptica e optometria	.	.	2.70	.39	4.75	2.39	7.71	.30	7.69	.00	5.32	2.46
Trabalhadores técnicos em ortopedia	.	.	10.00	.00	2.50	.00	.	.	.	.	6.11	3.75
Trabalhadores técnicos em terapias alternativas	2.28	.25	5.22	4.36	6.65	3.69	8.39	5.17	6.65	3.37	6.64	4.35
Trabalhadores da saúde bucal	8.46	5.83	6.29	9.06	7.45	5.86	4.53	2.14	11.52	17.46	7.17	8.93
Trabalhadores de vigilância em saúde	4.22	3.03	3.74	3.04	3.83	2.55	3.95	3.01	5.32	6.17	3.95	3.25
Total	4.74	8.84	3.84	8.07	6.65	24.03	6.15	11.80	6.57	11.86	5.74	17.69

Apêndice J

Grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil e suas configurações ao longo dos anos 2000

Texto apresentado como trabalho completo no XVI Congresso Brasileiro de Sociologia realizado entre os dias 10 a 13 de setembro de 2013 em Salvador – BA.

Grupos ocupacionais técnicos em saúde no Brasil e suas configurações ao longo dos anos 2000

Introdução

Este trabalho é parte da pesquisa “Trajetórias Educacional e Ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil³⁷”, em desenvolvimento no Observatório dos Técnicos em Saúde³⁸ que, desde os anos 2000, atua em investigações voltadas à análise das políticas de qualificação profissional e do mercado educacional e de trabalho dos técnicos em saúde. Busca explorar quantitativamente os dados da Pesquisa Relação Anual de Informações Sociais – RAIS do Ministério do Trabalho no que se refere aos grupos de trabalhadores técnicos ligados às atividades do cuidado em saúde.

Os estudos sobre o trabalho em saúde iniciaram-se em meados dos anos 1970, com destaque para pesquisas sobre a profissão médica, sua inserção no mercado de trabalho e seus dilemas frente às políticas públicas. Segundo autores como Paim (1994) e Nunes (2008), a tese de Donnangelo³⁹ sobre o médico e o mercado de trabalho é identificada como um ponto de partida de uma perspectiva mais analítica sobre os trabalhadores da saúde no Brasil, tanto no que se refere à abordagem teórica como na pesquisa empírica, constituindo uma contribuição sociológica fundamental para as análises do trabalho em saúde.

Na década seguinte se inicia a diversificação do conjunto de ocupações associadas ao trabalho em saúde, conforme demonstrou Girardi (1986). Para o autor, desde os anos 1980 o setor saúde estaria potencializando o aumento do emprego no Brasil, acompanhando o início do movimento de terceirização de trabalhadores, mesmo com o processo de desaceleração econômica do país. Outro aspecto verificado se refere à expansão do nível de escolaridade dos postos de trabalho do setor. Estudos realizados anteriormente por pesquisadores do Observatório⁴⁰ confirmam

³⁷ Pesquisa que conta com apoio da FAPERJ e do Programa de Apoio a Pesquisa Estratégica em Saúde – PAPES/FIOCRUZ/CNPq.

³⁸ Inserido no Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

³⁹ Donnangelo M.C.F. *Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975

⁴⁰ Ver: MORENO, A. B. *et al.* Trabalhadores da saúde: diferenças de escolaridade entre o setor público e o privado: um estudo a partir da Pnad-2005. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. e FRANÇA, T. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011; VIEIRA, M. *et al.* A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil:

os achados de Girardi para quem a grande demanda de oferta de trabalho se dava, principalmente, nas áreas da saúde que exigiam o ensino médio. Esse processo gerou um crescimento da participação de profissionais de nível médio em relação aos profissionais de nível elementar na saúde em todo o Brasil a partir do final da década de 1980.

Nos anos de 1990, ampliou-se a flexibilização das formas de inserção dos trabalhadores no setor saúde, em especial para as profissões de nível superior, acompanhando as mudanças provocadas pela reestruturação produtiva tanto no cenário nacional como internacional. Mais recentemente, os autores que tratam do mercado de trabalho em saúde vêm buscando relacionar suas análises com os estudos do mercado de trabalho em geral. Varella e Pierantoni (2008), por exemplo, procuram analisar em que medida o quadro de desestruturação e desregulamentação que vem caracterizando o mercado de trabalho em geral pode se refletir na configuração do setor saúde.

Os anos 2000 foram marcados pelo fortalecimento do mercado de trabalho brasileiro, alavancado, sobretudo, pelo setor de serviços. Entre 2004 e 2009, a representatividade desse setor passa de 41,1% para 43,3% na estrutura ocupacional do país (Guimarães, 2009), e na avaliação de Pochman (2012), somente o setor terciário tem registrado aumento na sua posição em relação ao PIB, gerando 2,3% mais empregos que o setor secundário na década passada. No caso do setor saúde, ainda que todo o macrossetor venha crescendo, esse incremento está relacionado, sobretudo, à expansão das ocupações nucleares⁴¹ que cresceram mais rapidamente, sinalizando que o atendimento da população constitui o carro chefe dessa expansão.

Neste trabalho, como acima exposto, foram destacados, tendo como base de dados a RAIS, aspectos relacionados aos atributos pessoais e características sociodemográficas de oito grupos ocupacionais que podem ser considerados como grupos nucleares da saúde. O texto encontra-se organizado em três partes. A primeira dedica-se aos aspectos metodológicos da pesquisa. Em seguida são apresentados os resultados a partir de algumas das variáveis que configuram os

acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. *Formação, Revista*, 3(8): 28-43, maio. 2003.

⁴¹ De acordo com Dedecca e Silva (2013), as ocupações nucleares são aquelas típicas de atendimento à saúde.

grupos ocupacionais estudados. E, por fim, apresenta-se, à guisa de considerações finais, aspectos da dinâmica do mercado de trabalho em saúde em relação aos achados principais da pesquisa.

Aspectos metodológicos

A RAIS é considerada uma das principais fontes de informações sobre o mercado de trabalho formal brasileiro, chegando a assumir caráter censitário devido à ampla cobertura – aproximadamente 97% dos vínculos empregatícios formais do país. Cada registro encontrado na RAIS refere-se a um trabalhador e as informações armazenadas dizem respeito ao último vínculo empregatício em cada ano. Nos casos em que há mais de um vínculo ativo em 31 de dezembro de cada ano, a informação contida se refere apenas àquelas relacionadas ao vínculo mais antigo. Quando da ausência de vínculo ativo, selecionam-se as informações do desligamento mais recente.

Em virtude da relevância e do amplo conteúdo de variáveis, a RAIS permite caracterizar a força de trabalho formalmente empregada, fornecendo dados a respeito dos estabelecimentos empregadores, dos vínculos empregatícios e dos próprios trabalhadores (Sternberg, 2001). Frente às inúmeras possibilidades inerentes ao uso da base de dados da RAIS, Bicev (2011) pontua que se faz importante realizar, em um primeiro momento, um **recorte temporal, setorial e espacial da base de acordo com os objetivos a serem atingidos em cada estudo.** Dessa maneira, optou-se por estudar a força de trabalho que compunha o setor técnico da saúde entre os anos 2003 e 2009. O acesso aos dados se deu através de um gerenciador online disponibilizado pelo MTE.

O setor técnico, formado por trabalhadores que se inseriram, em algum ponto do tempo, direta ou indiretamente na prestação de serviços e atividades técnicas de saúde, foi definido com base na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (2002) que codifica e classifica os títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Mais especificamente, tomaram-se como base os códigos ocupacionais de seis dígitos lançados no ano de 2002.

Vale notar que a geração de novas ocupações voltadas ao cuidado é uma tendência inerente ao setor em razão da expansão da cobertura, diversificação e

ampliação dos serviços e envelhecimento da população. Essas características têm possibilitado uma expansão importante e recorrente de seu nível de ocupação, independentemente da conjuntura econômica (Dedecca e Silva, 2013).

Dessa maneira, para compor o setor, selecionaram-se dentre todas as ocupações disponíveis, aquelas de interesse, referentes a trabalhadores técnicos da área saúde, perfazendo 39 ocupações (Quadro 1). Dentre os códigos ocupacionais selecionados, alguns foram criados após o período abrangido pelo estudo, ou seja, após o ano de 2008, não sendo considerados na tabulação dos dados (os códigos mostraram-se zerados no período estudado).

Cabe ressaltar que não foram considerados na listagem final os códigos ocupacionais que agregavam atividades diversas onde não era possível selecionar as atividades realizadas especificamente no campo da saúde, como foi o caso dos profissionais da área administrativa e da manutenção. Por esse motivo, as ocupações selecionadas para estudo restringiram-se àquelas do campo da assistência.

A fim de direcionar as análises e melhor caracterizar o setor saúde, as ocupações selecionadas foram organizadas em oito “Grupos de Ocupações Técnicas da Saúde”, seguindo certa homogeneidade quanto às atividades desenvolvidas e, quando possível, mantendo no mesmo grupo as ocupações com a mesma família ocupacional (código CBO com quatro dígitos) (Quadro 1).

Em face da possibilidade do uso dos códigos CBO 2002 para a identificação de ocupações, na Pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil”, foram feitas opções metodológicas em relação aos códigos ocupacionais dessa classificação, para que os mesmos servissem de base à formulação de Grupos de Ocupações Técnicas em Saúde (vide quadro 1) que pudessem ser compilados em cada uma das bases de dados secundárias utilizadas (Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e RAIS Migra; PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; CENSO Escolar), visando a promoção de um olhar longitudinal e latitudinal (intra e interbases), imprescindíveis à identificação de uma dinâmica ocupacional e educacional dos trabalhadores técnicos da saúde. é Apresenta-se a seguir o quadro das ocupações selecionadas pelo estudo

CBO 2002	Ocupação	Grupo	Grupo de Ocupação Técnicas da Saúde
----------	----------	-------	-------------------------------------

322205	Técnico de enfermagem	1	Trabalhadores da área de enfermagem
322210	Técnico de enfermagem de terapia intensiva		
322215	Técnico de enfermagem do trabalho		
322220	Técnico de enfermagem psiquiátrica		
322225	Instrumentador cirúrgico		
322230	Auxiliar de enfermagem		
322235	Auxiliar de enfermagem do trabalho		
322240	Auxiliar de saúde (navegação marítima)		
322245	Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família*		
322250	Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família*		
515110	Atendente de enfermagem		
322405	Técnico em higiene bucal	2	Trabalhadores da saúde bucal
322410	Protético dentário		
322415	Atendente de consultório dentário		
322420	Auxiliar de prótese dentária		
322425	Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família*		
322430	Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família*		
352205	Agente de defesa ambiental	3	Trabalhadores de vigilância em saúde
352210	Agente de saúde pública		
515105	Agente comunitário de saúde	4	Trabalhadores comunitários da saúde
515115	Parteira leiga		
515120	Visitador sanitário		
516210	Cuidador de idosos		
324105	Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia	5	Trabalhadores da área de exames laboratoriais e de imagem
324110	Técnico em métodos gráficos em cardiologia		
324115	Técnico em radiologia e imagenologia		
324205	Técnico em patologia clínica		
324210	Auxiliar técnico em patologia clínica		
325305	Técnico em biotecnologia		
325310	Técnico em imunobiológicos		
515205	Auxiliar de banco de sangue		
515215	Auxiliar de laboratório de análises clínicas		
515220	Auxiliar de laboratório de imunobiológicos		
322505	Técnico de ortopedia	6	Trabalhadores técnicos em ortopedia
322605	Técnico de imobilização ortopédica		
322105	Acupunturista	7	Trabalhadores técnicos em terapias alternativas
322115	Quiropraxista		
322305	Técnico em óptica	8	Trabalhadores técnicos em óptica/optometria
322310	Técnico em optometria		

Na geração dos dados para o estudo não houve registro de técnicos vinculados às ocupações.

Frente a essas opções metodológicas, realizaram-se tabulações cruzadas com variáveis tais como gênero, escolaridade, idade e setor administrativo do vínculo empregatício. Os dados foram gerados e apresentados para cada um dos oito grupos de ocupação para o Brasil e suas macrorregiões em cada um dos anos estudados. A seleção das variáveis se deu com base na literatura e foi pautada no interesse de se alcançar o objetivo de apresentar um breve perfil dos trabalhadores

técnicos em saúde ao longo do período. A organização das variáveis estudadas se deu da seguinte maneira:

- Estoque de trabalhadores técnicos em saúde: número total de trabalhadores em cada grupo ocupacional no Brasil e nas macrorregiões entre 2003 e 2009;
- Gênero: Masculino ou Feminino;
- Idade: categorizada por faixa etária (10 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 64 anos; 65 anos ou mais);
- Escolaridade: categorizada segundo o curso mais elevado que frequentou, sendo uma categoria destinada aos analfabetos (Analfabeto; Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio incompleto; Médio Completo; Superior incompleto; Superior Completo). Os anos de 2003 a 2005 apresentavam categorias com a nomenclatura antiga, baseada em séries escolares. As mesmas foram compatibilizadas com a nomenclatura atual para formação das categorias utilizadas na pesquisa. Escolaridades declaradas na RAIS como “Mestrado” ou “Doutorado” foram incorporadas na categoria “Superior completo”.

A delimitação do período estudado deu-se, em primeiro lugar, em razão da disponibilidade dos dados. Os códigos de ocupação desagregados em seis dígitos (CBO 2002) estão disponíveis apenas a partir do ano 2003, sendo necessária, para os anos anteriores, uma exaustiva tentativa de compatibilização desses códigos. Além disso, à época da coleta das informações, dados referentes ao ano 2009 eram os últimos disponíveis.

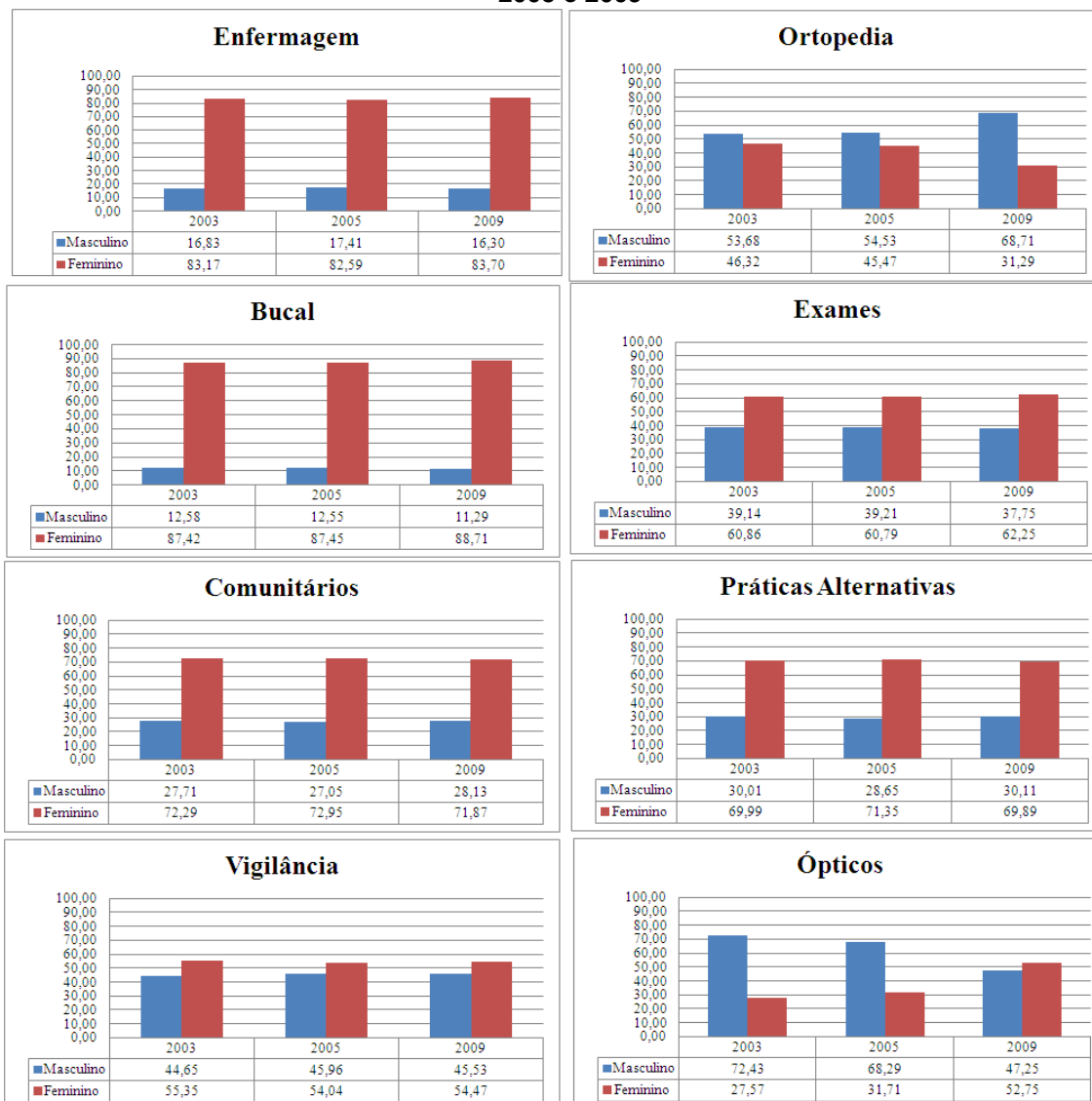
O período do estudo mostrou-se analiticamente relevante, pois cobriu uma década de redefinições no campo das políticas públicas de gestão do trabalho e da educação na saúde, além de possibilitar que os achados fossem relacionados com os estudos relativos às décadas anteriores.

Cabe lembrar, ainda, que Comin (2003) defende que períodos de análises mais curtos evitam que digressões muito longas, em termos temporais, tornem a “qualidade das informações muito desiguais, mais minuciosas no presente e mais rarefeitas no passado” (Comin, 2003, p. 64).

Resultados

Em relação à apresentação da distribuição por sexo nos grupos ocupacionais, nos anos estudados, observa-se que a população de trabalhadores técnicos é predominantemente feminina.

Gráfico 1– Distribuição dos Grupos Ocupacionais estudados segundo sexo, Brasil, 2003, 2005 e 2009

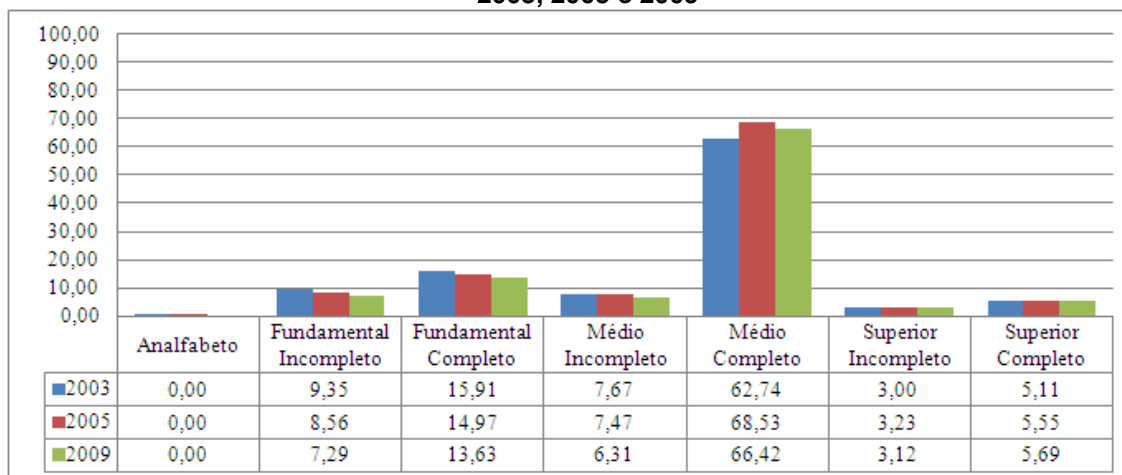


Fonte: MTE. Rais. Elaboração: Observatório dos Técnicos em Saúde EPSJV/FIOCRUZ

Nota-se, também, permanência de trabalhadoras da enfermagem e da saúde bucal como representação majoritária e acima de 80% em todos os pontos de análise. Fenômeno de igual representatividade, porém de menor magnitude (acima de 50%, chegando a mais de 70%), ocorre com os grupos ocupacionais Exames laboratoriais e de imagem, Comunitários da saúde, Vigilância e Práticas alternativas. O único grupo de trabalhadores técnicos representados majoritariamente pelo sexo masculino é o grupo dos trabalhadores em Ortopedia

(entre aproximadamente, 54% e 69%, nos anos estudados). Mas, é importante também ressaltar que o grupo denominado Ópticos apresentou declínio na representação masculina (de cerca de 72% a 47% no período), tendo ocorrido, portanto, uma inversão na representatividade por sexo nesse grupo ocupacional.

Gráfico 2– Distribuição dos Grupos Ocupacionais estudados segundo escolaridade, Brasil, 2003, 2005 e 2009



Fonte: MTE. Rais

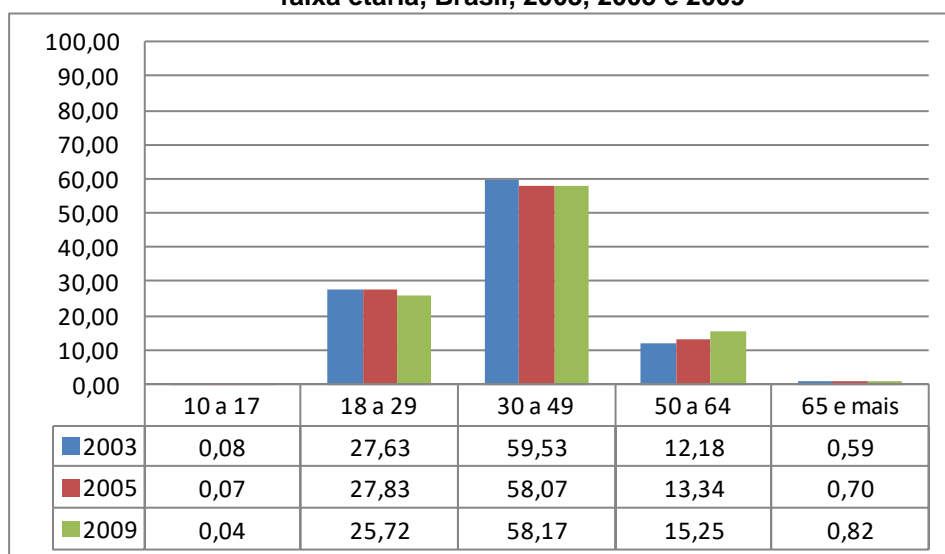
Elaboração: Observatório dos Técnicos em Saúde EPSJV/FIOCRUZ

Majoritariamente (acima de 60%, nos três anos estudados), o nível de escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde é, como esperado, o ensino médio completo. Todavia, pode-se observar um percentual de cerca de 30% dos trabalhadores com nível educacional aquém do ensino médio e de cerca de 8% de trabalhadores com nível superior (incompleto ou completo). Esses dados, quando estão aquém do nível médio (condição para aquisição da formação técnica em saúde) podem indicar, além de contratação em desvio de função e descumprimento do atendimento ao nível de escolaridade requerido por parte dos empregadores, a necessidade de continuidade de fomento à formação em educação profissional em saúde, visando a uma melhor qualificação desses trabalhadores – mesmo considerando-se que, para este estudo, foram selecionadas algumas ocupações que não exigem a formação técnica de nível médio.

Em relação à distribuição etária dos trabalhadores técnicos em saúde, observa-se concentração de cerca de 60% desses trabalhadores na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade. Uma porcentagem bastante baixa (menor que 1%) de trabalhadores na faixa etária de 10 a 17 anos pode ser devida tanto a problemas de registro nas bases de dados da RAIS, quanto à presença de profissionais aprendizes nas

instituições ou, ainda, à contratações irregulares. Quando se acrescenta à faixa etária entre 30 e 49 anos a faixa etária imediatamente anterior (18 a 29 anos), pode-se observar mais de 75% de todos os trabalhadores técnicos em saúde. Conseqüentemente, a despeito de ser menor de 16% a presença de trabalhadores técnicos em saúde com 50 anos ou mais, vale notar o crescimento da representatividade desta faixa etária nos grupos estudados – passando de cerca de 12% em 2003 e alcançando mais 15% em 2009.

Gráfico 3 – Distribuição dos Grupos Ocupacionais estudados segundo faixa etária, Brasil, 2003, 2005 e 2009

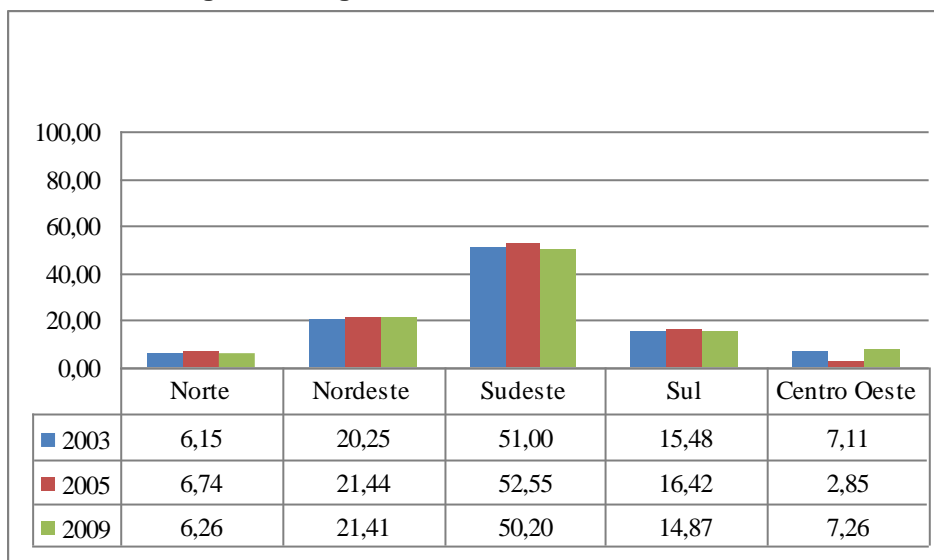


Fonte: MTE. Rais

Elaboração: Observatório dos Técnicos em Saúde EPSJV/FIOCRUZ

No que diz respeito à distribuição do quantitativo de trabalhadores técnicos em saúde por macrorregiões do Brasil, nota-se estabilidade dessa distribuição ao longo do período estudado, com a permanência de maior contingente desses trabalhadores na região sudeste (acima de 50%). Observa-se que mais de 70% dos trabalhadores técnicos em saúde distribuem-se nas regiões sudeste e nordeste - acima de 50% e 20%, nas regiões sudeste e nordeste, respectivamente. As regiões centro-oeste e norte comportam aproximadamente o mesmo contingente de trabalhadores técnicos da saúde – acima de 6% no norte e de 7% no centro-oeste, sendo a região sul detentora de cerca de 15% desses trabalhadores. Encontrou-se uma diminuição de representatividade desses trabalhadores na região centro-oeste para o ano de 2005 (2,85% - representando uma queda de mais de 60%) que pode estar relacionada a problemas na base de dados, dada a estabilidade dos dados encontrada para os demais anos e regiões estudados.

Gráfico 4 – Distribuição dos Grupos Ocupacionais estudados segundo grandes regiões, Brasil, 2003, 2005 e 2009

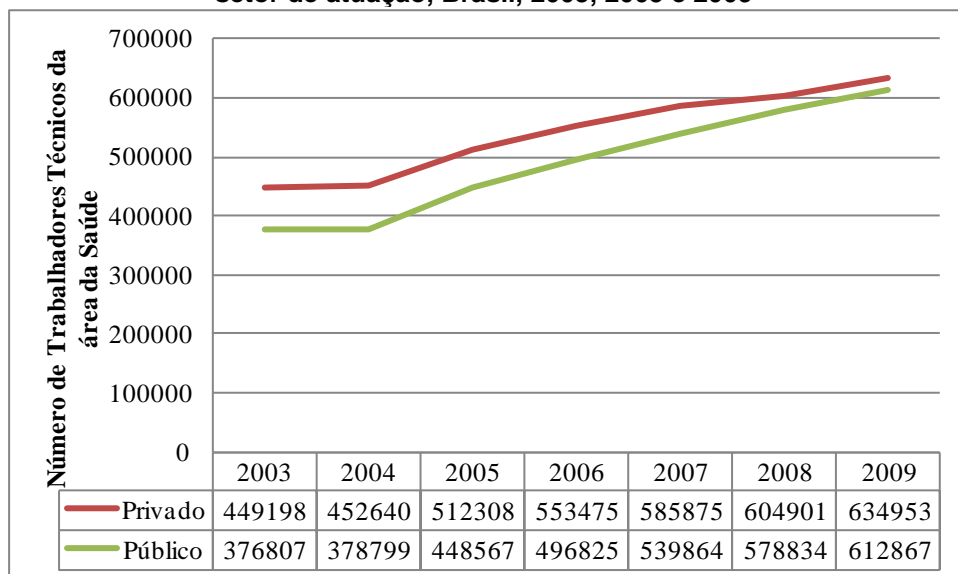


Fonte: MTE. Rais

Elaboração: Observatório dos Técnicos em Saúde EPSJV/FIOCRUZ

A presença de vínculos de trabalhadores técnicos em saúde nos setores público e privado, no período considerado, tem se modificado lentamente. O quantitativo de vinculações do setor público aproxima-se do quantitativo de vínculos do setor privado. Todavia, cabe acrescentar que se verificam modificações nas formas de vinculação de trabalhadores da saúde no setor público, por exemplo através das chamadas organizações sociais. Portanto, essa transformação ocorrida neste estudo pode estar relacionada a uma modificação nas formas de vinculação e, não necessariamente, a um aumento de ingresso de trabalhadores técnicos da saúde contratados pelos regimes próprios de trabalho do setor público.

Gráfico 5 - Distribuição dos Grupos Ocupacionais estudados segundo setor de atuação, Brasil, 2003, 2005 e 2009



Fonte: MTE. Rais

Elaboração: Observatório dos Técnicos em Saúde EPSJV/FIOCRUZ

Considerações finais

A análise aqui empreendida corrobora as análises elaboradas a partir das informações provenientes de outras bases de dados nacionais como Censo Escolar/INEP/MEC, Assistência Médico Sanitário/IBGE e PNAD/IBGE, conforme foi ressaltado em pesquisas anteriores do Observatório dos Técnicos em Saúde (Vieira et al., 2013 e Moreno et al., 2011). Eles apontam que os trabalhadores técnicos em saúde não devem ser tomados como um grande conjunto homogêneo, pois os grupos ocupacionais estudados apresentam distintas configurações; o processo de consolidação do sistema único de saúde vem interferindo visivelmente na inserção prioritária de alguns grupos ocupacionais técnicos; e a ênfase das políticas públicas de saúde voltadas para a atenção básica foi priorizada no período estudado repercutindo na dinâmica do emprego para esses trabalhadores ao longo dos anos 2000.

Buscou aqui dar seguimento aos questionamentos gerados pelos estudos mencionados nas páginas anteriores, em face da dificuldade de se trabalhar com dados secundários que nem sempre são potencialmente capazes de expressar o que se quer estudar com maior profundidade. Neste sentido, a base de dados da RAIS mostrou-se, por meio da leitura de estudos que a utilizaram em outros setores laborais (Cardoso, 2000 e Comin, 2003), capaz de apontar caminhos de caracterização da força de trabalho em saúde. Assim sendo este estudo, apresenta

resultados preliminares dessa caracterização para a primeira década dos anos 2000. **Acho que esta última frase está deslocada aqui**

De acordo com os dados do DIEESE (2012), as mulheres prosseguem ampliando gradativamente sua participação no mercado de trabalho formal, tendo passado de uma participação de 41,56% em 2010 para 41,90% em 2011. Essa presença, no entanto, está longe de alcançar a participação feminina no mercado de trabalho em saúde, que apresenta percentual de 76% em 2003 e 2009 para os grupos ocupacionais estudados. Assim, vale chamar atenção que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007), devem ser criadas condições para que as profissões de saúde sigam como a carreira de preferência das mulheres. Entre essas condições devem ser incluídas possibilidades de projetos de trabalho flexíveis que acomodem demandas familiares e carreiras que não discriminem o crescimento profissional feminino.

Em relação à escolaridade, observa-se que na década de 1970, a força de trabalho em saúde podia ser caracterizada pela polarização entre postos de trabalho ocupados pelos médicos e aqueles ocupados por atendentes de enfermagem de escolaridade elementar, sendo considerada residual a relevância quantitativa das demais ocupações (Machado *et al.*, 1992). Nota-se, conforme os dados acima apresentados, que, ainda hoje, verificam-se vínculos de trabalho cujos registros comportam níveis de escolaridade aquém do requerido para o nível técnico.

Após a conseqüente fragilização das questões associadas às políticas públicas acerca da educação e do trabalho na saúde, especialmente na segunda metade dos anos 1990, o campo parece ter tido fôlego renovado com as iniciativas tomadas no início do Governo Lula. Nesse sentido, temas clássicos para a área como carreira, formação técnica, educação permanente e negociação do trabalho entre outros foram retomados na publicização de uma agenda, o que gerou também novos estudos sobre a força de trabalho no setor. Contudo, em artigo anterior foi possível constatar, que mesmo com a inserção dos temas do trabalho e a formação profissional na agenda de formulação das políticas públicas de saúde no país, as questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores permanecem como um dos maiores problemas a serem enfrentados no âmbito do SUS (Vieira e Chinelli, 2013).

O crescimento do setor saúde não se deu igualmente pelas regiões brasileiras. As regiões brasileiras mais urbanizadas e desenvolvidas tenderam a concentrar os postos de trabalho em saúde, sobretudo, em consequência do modelo de desenvolvimento econômico adotado. que, no limite, reproduziu e aprofundou as desigualdades já existentes, concentrando ainda mais a renda nos pólos mais ricos e desenvolvidos do país. Foi nessas regiões que se deu uma penetração mais intensa das relações capitalistas na prestação de serviços de saúde.

Machado e colaboradores (2011) identificam tendências associadas ao processo de constituição do SUS, que, nos últimos vinte anos, vêm repercutindo na força de trabalho do setor: expansão da capacidade instalada; municipalização dos empregos; ambulatorização dos atendimentos; maior qualificação da equipe; feminização da força de trabalho; flexibilidade dos vínculos, entre outras. No presente estudo, tendo por base os dados da RAIS, foi possível visualizar duas dessas tendências, a saber, feminização da força de trabalho e ampliação da escolaridade (pouco mais de 8% com nível superior completo ou incompleto).

Essa análise preliminar possibilitou uma caracterização geral do grande grupo de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e também permitiu vislumbrar algumas das especificidades mais associadas a cada um dos grupos ocupacionais estudados. Espera-se que o desenvolvimento do estudo, especialmente as análises derivadas dos percursos ocupacionais da RAIS MIGRA⁴² e a análise das entrevistas com os trabalhadores dos oito grupos ocupacionais estudados, permita aprofundar a compreensão acerca da construção das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil.

⁴² A RAIS Migra, derivada da RAIS, possui uma organização longitudinal permitindo a realização de estudos de trajetórias ocupacionais e também de mobilidade e reinserção profissional, aspectos não contemplados pela RAIS. Essa base armazena registros de todos os trabalhadores que, em algum período compreendido entre os anos de cobertura, estiveram formalmente empregados no Brasil.

Referências

BICEV, J. Transitoriedade ou oportunidade: a qualidade da inserção profissional promovida pelas agências de emprego. In: **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, n.49, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE), novembro, 2011.

BRASIL, MTE. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010, Brasília, MTE, SPPE, 2010.

CARDOSO, Adalberto. Transições da escola para o trabalho no Brasil: persistência da desigualdade e frustração de expectativas. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582008000300002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 julho de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582008000300002>.

CARDOSO, A. M. **Trabalhar, verbo transitivo. Destinos profissionais dos deserdados da indústria automobilística**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

COMIN, A. A. Migrações entre formal e informal: um *survey* com trabalhadores. **Série Estudos e Pesquisas**. Salvador, v. 66, pp. 63-78, 2003.

COMIN, Alvaro A.; BARBOSA, Rogério Jerônimo. Trabalhar para estudar: sobre a pertinência da noção de transição escola-trabalho no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 91, novembro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002011000300004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 julho de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002011000300004>

DEDECCA, C. S. e SILVA. A universalização e a força de trabalho no complexo da saúde, vantagens e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2013.

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). **Nota técnica Número 116. Outubro de 2012. O mercado de trabalho formal brasileiro**. Resultados da Rais 2011. <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2012/notaTec116rais.pdf> Acesso em 19/08/2013.

GIRARDI, S. N. O perfil do 'emprego' em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2(4): 423-439, dezembro de 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 de fevereiro de 2013.

GIRARDI, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. **Educación Médica y Salud**, 25(1): 37-47, 1991.

GUIMARÃES, J. R. S. *Perfil do Trabalho Decente no Brasil: um olhar sobre as unidades da Federação*. Brasília, Genebra: Organização Internacional do Trabalho, Escritório Brasil, 2009. Disponível em: <www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---

dgreports/---integration/documents/publication/wcm_041773.pdf> Acesso em: 1 fev. 2013.

MACHADO, M. H. de et al. **O Mercado Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 1992.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. dos S. e MOYSÉS, N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In*: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. e FRANÇA, T. (Orgs). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011.

MORENO, A. B. *et al*. Trabalhadores da saúde: diferenças de escolaridade entre o setor público e o privado: um estudo a partir da Pnad-2005. *In*: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. e FRANÇA, T. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 3(3), pp. 332-342, setembro de 1987. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x1987000300011&lng=&nrm=iso> Acesso em: 30 fevereiro de. 2013.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. **Formação**, Revista, 2(5): 5-16, maio. 2002.

NUNES, Everardo Duarte. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Junho 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300013&lng=en&nrm=iso> Acesso em 04 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300013>

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde/Organização Mundial da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (**Série B. Textos Básicos de Saúde**).

PAIM, Jairnilson S. (1994) **Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - USP.

POCHMAN, M. **Nova Classe Média? O Trabalho na Pirâmide Social Brasileira**. São Paulo: Boitempo, 2012.

STERNBERG, S. S. W. A RAIS-MIGRA como instrumento de análise do mercado de trabalho: um exercício a partir dos dados do Rio Grande do Sul. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 183-199, 2001.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque.

Physis, v. 18, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 04 agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000300009>

VIEIRA, M. et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Formação, Revista**, 3(8), pp. 28-43, maio. 2003a.

VIEIRA, M. et al. **Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000**. Seminário Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. EPSJV/Fiocruz. Disponível em http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/seminario%20final/Formacao_e_Insercao_Ana_Margarida.pdf Acesso em 19/08/2013.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, junho. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232013000600011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 04 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>

Anexos

Anexo A
Disciplina Atividade de pesquisa, 2013

Atividade de Pesquisa

Questões Teórico-metodológicas na Pesquisa em Trabalho, Educação e Qualificação Profissional dos Trabalhadores da Saúde

Primeiro semestre 2013

Horário: 3ª. Feira (alternada), de 8:30 às 12:30 horas (1º semestre)
8 aulas: 30 horas

Professores: Dra. Ana Margarida Campello
Dra. Arlinda Moreno
Dra. Filippina Chinelli
Dr. Francisco J. da S. Lobo Neto
Dra.. Mônica Vieira

Programa

Esta atividade de pesquisa é proposta pela equipe de professores-pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa *Trajetórias Educacional e Ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil*. Este projeto se insere no histórico de estudos e pesquisas do Observatório dos Técnicos em Saúde, sediado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), atualizando, expandindo e aprofundando resultados já disponíveis. Considerou-se para sua elaboração a atual expansão da educação profissional no Brasil e a política específica de formação de trabalhadores técnicos em saúde, em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde. No desenvolvimento da pesquisa adota-se uma perspectiva metodológica que tem como fundamento a complementaridade teórica e metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas dos fenômenos sociais. Dessa forma, na análise das relações entre percursos formativos e qualificação profissional, pretende-se combinar diferentes modos de olhar a articulação entre formação/qualificação e trajetórias ocupacionais, levando em conta a análise das informações de bases de dados e a apreensão das percepções, práticas, valores e construção de significados desses trabalhadores. A participação dos mestrandos nessa atividade de pesquisa pressupõe seu envolvimento com a dinâmica da própria pesquisa.

Objetivos

- Discutir conceitos pertinentes às pesquisas sobre trabalho, educação e qualificação profissional dos trabalhadores da saúde;
- Apresentar as vertentes quantitativas e qualitativas da pesquisa em trabalho e educação na saúde;
- Discutir a complementaridade teórico-metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas de fenômenos relativos ao trabalho e à educação na saúde

Ementa

Abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas: bases de dados, etnografia, entrevistas em profundidade. Conceitos de trabalho; qualificação profissional; mobilidade social; trajetórias educacional e ocupacional. Mercado de trabalho e sistema formador em saúde.

Programação

1º Encontro (12/03): Apresentação e discussão do projeto “Trajetórias”
(pesquisa social em saúde e educação; categorias de análise do projeto; metodologia do projeto)

2º Encontro (26/03): Complementaridade das abordagens quantitativas e qualitativas (texto da Minayo)

3º Encontro 09/04): Categorias de análise: trajetória, trabalho, educação, qualificação

4º e 5º Encontros (23/04 e 07/05,): Coleta e análise de informações: bases de dados (Censo Escolar, Pnad, AMS e Raís)

6º e 7º Encontros (21/05 e 04/06): Coleta e análise de informações: observação participante, entrevistas em profundidade.

8º Encontro (18/06): Painel: Trajetórias educacionais e ocupacionais

Trabalho final: Diário de campo com as observações sobre os encontros e atividades desenvolvidas.

Bibliografia

CARDOSO, Adalberto et all. Juventude, Desigualdades e o Futuro do Rio de Janeiro. Projeto de Núcleo de excelência, Edital n. 17/2009 (Parceria CNPq – FAPERJ). IESC/UERJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://pronex.iesp.uerj.br/projeto/projeto.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2011.

CARVALHO, Cristiana L. et al Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde: Conceitos e bases de dados. Relatório técnico de projeto. NESCON/FM/UFMG, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>. Acesso em: 14 de setembro de 2011.

CARVALHO, Cristiana L. et al Levantamento da trajetória no mercado de trabalho de egressos dos cursos do PROFAE – 2000 a 2008. Relatório técnico de projeto. NESCON/FM/UFMG, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>. Acesso em: 24 de junho de 2011.

CARVALHO, Cristiana L. et al. Dimensionamento da Demanda de Educação profissional Técnica em Saúde. Relatório técnico de projeto. NESCON/FM/UFMG, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>. Acesso em: 19 de maio de 2011.

CASTRO, N. Organização do Trabalho, Qualificação e Controle na Indústria Moderna. In: Coletânea CBE, 2ed., Campinas, Papyrus, PP.69-83,1994.

CASTRO, N. Qualificação, qualidades e classificações. In: Educação e Sociedade, Campinas, Ano 4, n. 45, agosto, 1993.

FRESNEDA, Betina. Transição da escola para o trabalho e estratificação social. IN: Segurança Urbana e Juventude, Araraquara, v.2, n.1/2, 2009.

MACHADO, L. Qualificação do Trabalho e Relações Sociais. In: Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador. Belo Horizonte, MCM, 1996.

MEC. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Disponível em <http://catalogonct.mec.gov.br/> Acesso em 26/09/2011.

MEC. Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12352&option=com_content&view=article. Acesso em 23/09/2011.

Observatório dos Técnicos em Saúde. Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: um estudo dos projetos aprovados pelo Ministério da saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/relatorio%20EPS.pdf>. Acesso em 13 set.2011.

TARTUCE, G.L.P. O que há de novo no debate da “qualificação do trabalho”? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2002. 221p.

VIEIRA, M et al (orgs). Para Além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde/organização de Monica Vieira;Anna Violeta Durão;Márcia Raposo Lopes. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

Anexo B
Disciplina Atividade de Pesquisa, 2014

Atividade de pesquisa

Questões Teórico-metodológicas na Pesquisa em Trabalho, Educação e Qualificação Profissional dos Trabalhadores da Saúde

Profs: Ana Margarida Campello, Arlinda Moreno, Filippina Chinelli, Francisco Lobo Neto, Monica Vieira

Primeiro semestre 2014

Horário: 3ª. feira (alternada), de 8:30 às 12:30 horas 8 aulas: 30 horas

Programa

Objetivos

- Discutir conceitos pertinentes às pesquisas sobre trabalho, educação e qualificação profissional dos trabalhadores da saúde;
- Desenvolver as vertentes quantitativas e qualitativas da pesquisa em trabalho e educação na saúde;
- Discutir a complementaridade teórico-metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas de fenômenos relativos ao trabalho e à educação na saúde

Ementa

Abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas: bases de dados, etnografia, entrevistas em profundidade. Conceitos de trabalho; qualificação profissional; mobilidade social; trajetórias educacional e ocupacional. Mercado de trabalho e sistema formador em saúde.

Programação

1º Encontro (18/02): Apresentação e discussão do projeto “Trajetórias Educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil” Apresentação da programação da disciplina

2º Encontro (18/03): “Tensões e intenções” do trabalho de campo

TARTUCE, Gisela. Tensões e Intenções na Transição Escola-Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Julho de 2007, 411 p.

3º Encontro (01/04): O trabalho e seus sentidos

BAJOIT Guy; FRANSSSEN, Abraham. O Trabalho, busca de sentido. Revista Brasileira de Educação. Nos. 5 e 6, 1997.

4º Encontro (15/04): A escola e a heterogeneidade das experiências

D'ÁVILA, J. L. Piôto. Trajetória escolar: investimento familiar e determinação de classe. In: Educação e Sociedade, V. 19, N. 62. Campinas, abril de 1998.

5º Encontro (29/04): Narrativas de vida como caminho de pesquisa

AZEVEDO, Creuza da Silva. A Abordagem de Narrativas de Vida como um caminho de pesquisa em Saúde In: AZEVEDO, Creuza da Silva, Sá Marilene de Castilho (orgs) Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, p 131-151.

6º Encontro (13/05): Trajetórias ocupacionais e expectativas de futuro

VIEIRA, M et al. Os trabalhadores técnicos de saúde e a construção de suas trajetórias: a relação entre qualificação e inserção ocupacional. In: Relatório Pesquisa Trajetórias Educacional e Ocupacional dos trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2014, mimeo.

7º Encontro (27/05): Egressos mestrado EPSJV e suas experiências com o trabalho de campo**8º Encontro (10/06):** Apresentação preliminar dos Diários de Campo

Trabalho final: Diário de campo com as observações sobre os encontros e atividades desenvolvidas.

Anexo C

**Esboço do termo de referência de número temático da revista Trabalho,
Educação e Saúde**

Revista Trabalho, Educação e Saúde

Proposta de Número Temático

Título: Trabalho, qualificação e trajetórias profissionais

Editores convidados: Magda Scherer, Filippina Chinelli

Justificativa

A finalização da pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos de saúde no Brasil” enseja a oportunidade de reunir diferentes experiências de pesquisa que tratam dos efeitos da crise global do emprego sobre os trabalhadores.

Considerando a incerteza e a vulnerabilidade que caracterizam o capitalismo contemporâneo, procura-se neste número temático aprofundar o diálogo com a literatura dedicada a temática do trabalho buscando-se identificar diferentes dimensões dessa crise - programas de ajuste estrutural, reconfiguração do Estado, terciarização das economias, incremento da terceirização, desregulamentação do mercado de trabalho - e seus efeitos sobre as oportunidades de formação e qualificação profissional e as chances de inserção no mercado de trabalho contemporâneo. Para tanto, considera-se a relevância de analisar de forma combinada as trajetórias ocupacionais e educacionais dos trabalhadores assim como a revisão de valores associados ao trabalho e sua expressão na construção das subjetividades.

A estrutura desse número temático procura contemplar artigos que, com base em pesquisa empírica, tratam de questões como mobilidade social, trajetórias educacionais e ocupacionais, qualificação, a noção de atividade e experiência de trabalho, precarização e novas relações de trabalho na saúde e artigos que reportam resultados da pesquisa acima mencionada.

Estrutura

Artigo 1 - Trabalho e trajetórias ocupacionais no Brasil contemporâneo

Autor: Adalberto Cardoso, sociólogo, diretor do IESP/UERJ

Artigo 2: Os anos 2000 e a mobilidade educacional e ocupacional no Brasil

Autores: Carlos Antônio Costa Ribeiro, sociólogo, professor do IESP/UERJ

Arlinda Moreno, psicóloga pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Artigo 3: Transição escola – trabalho e estratificação social

Autor : Betina Fresneda, economista e pesquisadora do IBGE

Artigo 4: Qualificação Profissional e atividade de trabalho

Autores: Ives Schwartz, Filósofo, Professor emérito do Instituto de Ergonomia da Universidade de Marselha /França

Magda Scherer, Assistente Social, professora do Departamento de saúde Coletiva da UNB e pos doutoranda da Universidade de Marselha / França

Artigo 5: Projetos profissionais e projetos de vida: quebra da linearidade fordista?

Autor: Ana Paula Marques, Socióloga, professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade do Minho/Portugal

Artigo 6: Políticas públicas e Mercado de Trabalho em saúde

Autor: Cláudio Dedecca, economista professor da Unicamp

Dossiê Pesquisa “Trajetórias Educacional e Ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil”

Artigo 8: Aspectos metodológicos: o desenho do estudo sobre trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores técnicos em saúde

Autores: Arlinda, Alexandra, Marcio, Luisa

Artigo 9: As trajetórias educacionais de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil

Autores: Ana Margarida, Lobo e equipe regional

Artigo 10 - As trajetórias ocupacionais de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil

Autores: Filippina, Monica e equipe regional

Entrevista

Guy Jobert – CNAM (Conservatoire National des arts e Metiers/Paris)

Resenha

Sugestões: Ensaio de Sociologia do Mercado de trabalho Brasileiro – Adalberto Cardoso

Anexo D
Programação 1ª Oficina Expansão do trabalho de campo regional
maio de 2013

Oficina de Trabalho

Desenhando o trabalho de campo regional

Rio de Janeiro, 09 de maio de 2013

Local: EPSJV, sala 122

Coordenação: Equipe do projeto

Introdução

Nos últimos anos o Observatório dos Técnicos em Saúde vem buscando integrar estudos a partir de bases de dados com análises acerca das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde e também sobre o ponto de vista dos trabalhadores técnicos da saúde sobre seu trabalho e assim, ganha relevância a necessidade de associar análises relativas aos percursos formativos e as trajetórias ocupacionais dos técnicos em saúde.

O projeto “Trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil” é uma das atividades em desenvolvimento do Observatório dos Técnicos em saúde construída como desdobramento de uma proposta de trabalho que se orienta pelo conceito de qualificação profissional. Este conceito abrange múltiplos aspectos relativos à formação e ao trabalho - as políticas de educação e do trabalho, a conformação do sistema de ensino, a regulação profissional, o sistema de classificação de cargos e salários, o valor social atribuído aos certificados e ao trabalho, a conformação da subjetividade e o reconhecimento social atribuído aos trabalhadores técnicos do SUS. No caso da saúde, os aspectos constitutivos da qualificação profissional incluem também as políticas de saúde e seus desdobramentos em programas, serviços, ações e práticas de saúde que configuram o campo do trabalho e da formação dos trabalhadores técnicos.

A oficina “Desenhando o trabalho de campo regional” busca organizar o trabalho de campo com diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde nas regiões do país. Para tanto, pretende-se reunir trabalhadores das ETSUS, alunos envolvidos com a temática e equipe do projeto.

Objetivo

Organizar o trabalho de campo com trabalhadores técnicos em saúde que atuem nos diferentes grupos profissionais estudados

Programação

A oficina será realizada em dois turnos. Na parte da manhã, após a apresentação dos participantes, será realizada uma exposição do projeto “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil” considerando bases conceituais, metodologia e achados iniciais da pesquisa.

A tarde será destinada a elaboração de um plano de trabalho visando: a identificação de estratégias para seleção de entrevistados, distribuição de trabalhadores pelos oito grupos ocupacionais selecionados para o projeto, discussão do instrumento de coleta de dados/roteiro de entrevistas.

Produto Final

Plano do trabalho de campo regional

Anexo E
Programação da 2ª Oficina Expansão do trabalho de campo regional
setembro de 2013

Projeto Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde

II Oficina de Trabalho

Desenhando o trabalho de campo regional

Rio de Janeiro, 19 e 20 de setembro de 2013

Local: EPSJV

Coordenação: Equipe do projeto

Objetivo

Organizar trabalho de campo da pesquisa nas capitais/regiões metropolitanas dos estados AC, BA, MG, MS e SC, que representam as grandes regiões brasileiras.

Dia 19/09 - 14:00h Início da Oficina

- Formação e ocupação técnica em saúde, por grandes regiões
 - > Discussão e sistematização das características do desenvolvimento da formação técnica em saúde, por região, a partir do Censo Escolar e das experiências das ETSUS;
 - > Discussão e sistematização das características do desenvolvimento da ocupação técnica em saúde, por região, a partir da AMS, PNAD e RAIS e das experiências das ETSUS.

Dia 20/09 - 9:00h – 14:00h

- Compartilhando experiências de coleta de dados e percursos trilhados nas entrevistas realizadas no RJ;
 - > Roteiros (especificidades por ocupação), estratégias para inclusão dos entrevistados; contato e agendamento das entrevistas; tempo e local da entrevista.
- Planejamento do trabalho nas capitais/regiões metropolitanas das grandes regiões;

> Definição dos grupos ocupacionais; estratégias para inclusão dos entrevistados, definição do número mínimo de entrevistados por grupo.

- Sistematização final e encerramento da oficina.

Anexo F

Proposta de criação de grupo de pesquisa submetida ao CNPq

Grupo de Pesquisa CNPq**Trabalho e Educação Profissional em Saúde****GTEPS****Integrantes****Líderes**

Marise Ramos

Monica Vieira

Professores/pesquisadores

Ana Margarida Campello

Ana Violeta Durão

André Feitosa

André Malhão

Alexandra Almeida

Daiana Crus Chagas

Ialê Falleiros Braga

Filippina Chinelli

Francisco Lobo Neto

Júlio César França Lima

Marcia Valéria Morosini

Marcio Candeias

Muza Clara Chaves Velasques

Renata Reis Cornélio Batistella

Mariana Nogueira

Raquel Moratori

Orientandos EPSJV⁴³

Analaura Ribeiro Pereira

Ana Lucia Nogueira

André Montillo

Aurea Candeias dos Santos

Dolores Santos Francisco

Gustavo Dantas

Isis Pereira Coutinho

Leandro da Fonseca Ramos

Marcia Correa

Marcelo Henrique Pereira Soares

Silvana Aleixo

⁴³ Participações a serem confirmadas

Orientandos e pós-graduandos de outras instituições⁴⁴

Roberta Coroa – (Mestrado – IFCS/UFRJ)
Clarissa Menezes – (Doutorado – FSS/UERJ)
Leda Gauvêa (Doutorado/PPFH-UERJ)
Luís Carlos Ferreira (Doutorado/PPFH-UERJ)
Raquel Trindade (Mestrado/PPFH-UERJ)

Justificativa

Em 2000, no Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps) da EPSJV, foi instituído o Observatório dos Técnicos em Saúde, integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos da Saúde no Brasil (OBSERVARH), criada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Entre seus objetivos destacam-se o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o trabalho técnico, a formação do trabalhador e as políticas sociais de educação, saúde e trabalho, buscando produzir, analisar e publicar dados e informações, em meio impresso e eletrônico, visando aos trabalhadores, professores, pesquisadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

As atividades do Observatório tiveram início com a aprovação de um estudo para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem - PROFAE que analisava a dinâmica da formação e inserção profissional desses trabalhadores a partir das bases de dados do Censo Escolar, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Esse estudo possibilitou a elaboração de séries históricas acerca da oferta de educação profissional em saúde no Brasil e indicou a necessidade de acompanhamento da formação de tecnólogos no setor. Assim iniciou-se a construção de um banco de dados, chamado BEPSAÚDE, disponível no sítio do Observatório dos Técnicos em Saúde, que permite que o usuário elabore tabelas *online* a partir do cruzamento das variáveis disponíveis como distribuição dos cursos pelos estados do país, alunos, matriculados e concluintes entre outras.

⁴⁴ Participações a serem confirmadas

Os estudos acerca da composição da força de trabalho em saúde, realizados a partir da AMS, permitiram a construção de uma série histórica que compara algumas variáveis dos postos de trabalho como distribuição regional, setor de atuação, esfera administrativa, entre outros para os anos de 1978, 1982, 1992, 1999, 2002 e 2005. Esse conjunto de estudos permitiu a constatação da necessidade de complementarmos nossas análises, dada a dispersão e escassez de informações com a exploração de outras bases de dados como a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD/IBGE) no sentido de uma maior aproximação às características fornecidas pelo próprio trabalhador da saúde como renda, jornada de trabalho, gênero, faixa etária. Além disso, considerando estudos recentes desenvolvidos por sociólogos do trabalho no Brasil que passaram a explorar uma base de dados que permite acompanhar trajetórias ocupacionais, tornou-se possível, contando com a assessoria do professor Adalberto Cardoso (IESP/UERJ) que orientou o grupo no que se refere a metodologia que permitiu explorar a base de dados RAIS MIGRA, derivada da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/Ministério do Trabalho e Emprego).

Nos últimos anos o Observatório dos Técnicos em Saúde vem buscando integrar esses estudos com análises acerca das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde e também sobre a representação que os trabalhadores fazem de seu trabalho (EPSJV, 2011). Essas investigações envolvem entrevistas com gestores e formuladores das políticas públicas de saúde e com representantes do movimento organizado dos trabalhadores técnicos de saúde (Vieira et al, 2011).

A criação do grupo de pesquisa é, portanto, resultado do processo de consolidação de uma perspectiva de investigação de questões afeitas aos trabalhadores técnicos em saúde. A ênfase recai na investigação histórica e etnográfica sobre a conformação de diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde e na construção das suas trajetórias identidades de classe, experiências de vida, trabalho e saberes profissionais. Cabe ressaltar que essas análises serão tomadas no contexto das políticas públicas especialmente as de trabalho e educação na saúde, considerando a reconfiguração do Estado brasileiro e as transformações em curso no mundo do trabalho.

Periodicidade das reuniões do grupo

As reuniões do grupo vêm realizadas mensalmente. Os encontros de pesquisa dos projetos específicos de cada linha de pesquisa tem periodicidade quinzenal.

Linhas de Pesquisa**1. Estado, Políticas Públicas e Educação Profissional em Saúde****Apresentação**

Esta linha vincula-se às áreas institucionais de pesquisa da Fiocruz 'Políticas Públicas, Planejamento e Gestão em Saúde' e 'Educação e Saúde'. Procura abarcar a gênese e transformação das práticas de educação e de saúde no Brasil, com ênfase na gestão e no planejamento, relacionando-as ao trabalho e a educação. Considera os conceitos de Estado e sociedade civil e as dinâmicas entre eles, bem como as tendências globais da economia e da divisão internacional do trabalho e do conhecimento. Entende que a compreensão dos movimentos reivindicatórios e a formação de grupos de interesses impõem a análise do processo político global e, portanto, do Estado e das formas de organização do poder decisório na sociedade, em comparação com formas institucionalizadas de representação de interesses: sindicatos e partidos políticos. São consideradas, ainda, as disputas em torno dos projetos nacionais de educação e saúde, orientadas por interesses de classe e mediadas pelas características do desenvolvimento da economia capitalista em nosso país, conformando culturas e sociabilidades cujas normas e valores estão presentes na organização dos sistemas e no cotidiano das instituições de ensino e saúde.

Objetivo

Compreender a configuração do Estado capitalista e suas funções em diferentes fases históricas, considerando a relação entre economia, política e cultura. Compreender o desenvolvimento histórico dessas políticas sociais, tendo como enfoque principal as concepções que embasaram as políticas voltadas para a educação dos trabalhadores e a saúde da população.

2. Qualificação, Trajetórias e Saberes Profissionais

Apresentação

A compreensão do processo de qualificação dos trabalhadores da saúde deve ser buscada na trama das relações políticas e técnicas presentes na dinâmica social do Brasil contemporâneo. Nessas relações encontram-se refletidas as condições de vida dos trabalhadores e suas famílias, as experiências que trazem e com as quais barganham sua inserção nos sistemas de classificação que organizam as relações no campo profissional. Considera-se que as trajetórias educacionais e ocupacionais resultam da relação entre as estratégias de acesso a postos de trabalho e as características do trabalhador como sexo, idade, escolaridade; atividade desejada, qualificação profissional; acumulação de capital social e cultural; redes de apoio interpessoal, aí incluídos os contatos profissionais; papel ocupado pelo trabalhador na estrutura familiar; repercussões da situação de emprego/desemprego; aspectos estruturais externos e não controláveis pelos trabalhadores como as estratégias das empresas no que se refere à criação de postos de trabalho e preenchimento de vagas.

Considera-se, ainda, que a ação e a atividade profissional constituem práticas situadas que implicam em uma capacidade transformadora – um poder – ou a capacidade de intervir em uma série de fenômenos de modo alterar o seu curso. Nesse sentido, as atividades humanas não são exclusivamente produtos de determinações estruturais, nem deliberações eminentemente subjetivas. Ao contrário, as atividades humanas sofrem e produzem implicações sociais que tanto comprovam a existência de alguma auto-reflexividade dos sujeitos, quanto podem estar coordenadas interativa e socialmente, de modo a gerar contradições que tensionam a própria estrutura. Para essa análise, é necessário compreender os saberes produzidos pelos sujeitos nas relações de trabalho, especialmente em interações no interior da equipe técnica, com outros trabalhadores e com os usuários. O trabalho e, conseqüentemente, o saber profissional, é um processo de transformação prática do conhecimento abstrato em que os critérios de coerência e eficácia assumem uma tensa relação mediada pela experiência e pela reflexividade profissional visando a resultados concretos.

Objetivo

Descrever e analisar os processos de formação e qualificação de trabalhadores técnicos em saúde, a construção dos saberes profissionais e de suas trajetórias educacionais e ocupacionais.

3. História Social do Trabalho Técnico em Saúde

Apresentação

Os estudos sobre a história dos trabalhadores no Brasil avançaram significativamente nas últimas décadas. As reflexões advindas do campo da História Social do Trabalho - que tem como principal referência as discussões conceituais e a prática da investigação histórica produzida pelo historiador inglês E.P.Thompson - ampliaram os horizontes das pesquisas históricas sobre os trabalhadores e suas experiências no mundo do trabalho, trazendo novas indagações e caminhos que possibilitaram o aprofundamento sobre a construção das suas identidades de classe e das suas experiências de vida e trabalho, principalmente para os estudos nos séculos XIX e XX, contribuindo enormemente para as reflexões sobre as relações de trabalho na atualidade. No entanto, a produção historiográfica sobre a saúde no Brasil deteve-se em pesquisas que trazem como centro das suas questões o discurso médico e científico por excelência. A história das instituições científicas ligadas à saúde, suas práticas na aproximação ou oposição à organização do Estado, as propostas de ordenação da saúde na relação com os projetos de construção da nação, as análises das práticas médicas e científicas acompanhadas de novas descobertas e discursos, são também alguns exemplos desta produção.

Neste sentido, considerando-se que os estudos sobre os trabalhadores técnicos da saúde, a organização do trabalho e suas trajetórias de formação e profissional, não tiveram lugar nas pesquisas sistematizadas no campo da história, é de fundamental importância para a criação de ferramentas que proporcionem o avanço da pesquisa histórica sobre o processo pelo qual esses trabalhadores se constituíram através de experiências diversas de trabalho, como sujeitos fundamentais para as análises das disputas no campo da saúde. A partir daí, poderemos colaborar na formação dos trabalhadores técnicos da saúde, no que diz respeito ao resgate de suas

histórias e processos de luta, principalmente no sentido de reconhecerem sua identidade histórica como classe trabalhadora.

Objetivo

Descrever e analisar a constituição das experiências de vida e trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde e a construção das suas identidades de classe.

Projetos em Andamento

- Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil – apoio FAPERJ e CNPq/FIOCRUZ;
- Saberes, Competências e Cultura Profissionais dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS): o processo de reconstrução do conhecimento na relação Trabalho e Educação – apoio CNPq (Bolsa de Produtividade);
- Agentes Comunitários de Saúde: qualificação, mercado de trabalho e trajetórias ocupacionais;
- História Social do Trabalho e dos Trabalhadores Técnicos em Saúde;
- Educação Básica e Formação para o Trabalho Simples no Brasil contemporâneo – Coletivo de Estudos de Política Educacional (coordenação geral – André Silva Martins – FE/UFJF);
- Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017) – apoio MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit (coordenação geral – Jairnillson Paim – ISC/UFBA);
- Complexo Econômico Industrial de Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil – apoio MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit (coordenação geral – Lígia Bahia – IESC/UFRJ).

Anexo G

Relação de outras atividades relacionadas ao projeto

Atividades e produção do grupo de pesquisa “Trajetórias educacional e Ocupacional dos trabalhadores técnicos em Saúde no Brasil”

Publicação de artigos, capítulos e papers

1. Morosini, Márcia Valéria G. C.; Lopes, Márcia C. R.; Crús, Daiana.; Chinelli, Filippina; Vieira, Monica. **Trabalhadores Técnicos da Saúde: uma apresentação ao trabalho.** In Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs.). *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp.11/23, ISBN: 978-85-98768-70-0.
2. Chinelli, Filippina; Vieira, Monica; Deluiz, Neise. **O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde.** In Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs.). *Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp. 23-48, ISBN: 978-85-98768-70-0.
3. Vieira, Monica, Almeida, Alexandra Ribeiro Mendes, Campello, Ana Margarida de Mello Barreto, Moreno, Arlinda B., Chinelli, Filippina, Lobo Neto, Francisco José da Silveira, Marques, Márcio Candeias. **Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil Anos 2000.** In Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs.). *Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp.121/148, ISBN: 978-85-98768-70-0.
4. Durão Anna Violeta R.; Menezes, Clarissa A. F.; Chinelli, Filippina; Morosini, Márcia Valéria G. C.; Candeias, Márcio; Gomes, Ramón Chaves. **Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde.** In: Morosini, Lopes, Crús, Chinelli e Viieira (orgs). *Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp. 421/--, ISBN: 978-85-98768-70-0.
5. Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo; Chagas, Daiana Crús; Chinelli, Filippina e Vieira Monica. **Qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde: uma apresentação ao trabalho.** In: Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo; Chagas, Daiana Crús; Chinelli, Filippina e Vieira Monica (org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.
6. Durão, Anna Violeta; Menezes, Clarissa Alves de; Chinelli, Filipina; Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; Marques, Márcio Candeias; Gomes, Ramón Chaves. **Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde.** In: Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo; Chagas, Daiana Crús; Chinelli, Filippina e Vieira, Monica (org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.
7. Vieira, Monica; Chinelli, Filippina. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS Trabalho, Educação e Saúde: tendências e perspectivas da RevistaCiênc.**

saúde coletiva vol.18 no.6 Rio de Janeiro jun. 2013, pp. 1591-1600. ISSN 1413-8123.

8. Capítulo “Os trabalhadores técnicos em saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais” em Ebook organizado a partir dos trabalhos apresentados no Seminário realizado pela ENSP/Fiocruz e a UMINHO na Universidade do Minho – Campus Braga – Portugal entre 04 e 06 de dezembro de 2013. (no prelo)

Organização de Coletânea

Morosini, Márcia Valéria G. C.; Lopes, Márcia C. R.; Crús, Daiana.; Chinelli, Filippina; Vieira, Monica. Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013, pp.11/23, ISBN: 978-85-98768-70-0.

Apresentação de Trabalhos em Eventos

1. “Trajetórias Educacional e ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil” V Congresso ibero-americano de pesquisa Qualitativa em Saúde. 11 a 13 de outubro de 2012 Universidade técnica de Lisboa, Portugal.

2. Inserção Ocupacional no Mercado de trabalho em saúde: trabalhadores de nível elementar, auxiliar e técnico. 10 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado entre os dias 14 a 18 de novembro de 2012 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

3. Relação público-privado na Formação Técnica em Saúde – Brasil anos 2000. 10 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado entre os dias 14 a 18 de novembro de 2012 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

4. Participação e organização do Seminário O Trabalho no Mundo Contemporâneo fundamentos e desafios para a saúde. 17 a 19 de setembro de 2013. EPSJV/Fiocruz.

5. Seminário Tecnologias Educacionais e Educação profissional em Saúde. 6 e 7 de novembro de 2013. EPSJV/Fiocruz. Participação e coordenação de mesa.

6. Jornada Internacional Pré-ALAS na Saúde. Pré Congresso realizado na EPSJV/FIOCRUZ2 a 05 de julho de 2013.

7. “Os trabalhadores técnicos em saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais”. Seminário realizado pela ENSP/Fiocruz e a UMINHO na Universidade do Minho – Campus Braga – Portugal entre 04 e 06 de dezembro de 2013.

8. “Grupos Ocupacionais Técnicos em Saúde no Brasil e suas Configurações ao longo dos Anos 2000”. XXIX Alas Chile. Crisis y Emergencias Sociales en America Latina. Santiago do Chile, setembro/outubro de 2013.

9. Gênero e Trabalho na Estratégia de Saúde da Família. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Rio de Janeiro, UERJ, novembro de 2013.

10. “Grupos Ocupacionais Técnicos em Saúde no Brasil e suas Configurações ao longo dos Anos 2000: um estudo a partir da RAIS” no XVI Congresso Brasileiro de Sociologia realizado em Salvador/BA entre os dias 10 e 13 de setembro de 2013.

11. “Gestão do trabalho e qualificação profissional no SUS: implicações para os trabalhadores técnicos no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO realizado na UERJ/RJ entre os dias 13 e 17 de novembro de 2013.

12. “Os Trabalhadores da Saúde e a construção de suas trajetórias ocupacionais” no Seminário Internacional Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas realizado entre 4 e 6 de dezembro na Universidade do Minho, Portugal.

Coordenação de mesas em Seminário

1. Coordenação de mesa no Seminário Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS na EPSJV/Fiocruz . 07 e 08 de maio de 2013.

2. Coordenação de mesas no Seminário “O Trabalho no Mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde” na EPSJV/Fiocruz nos dias 17, 18 e 19 de setembro de 2013.

Outros trabalhos

1. III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde realizado em Recife entre os dias 09 e 12 de novembro de 2013.

Organização de eventos e participação em atividades de Cooperação técnica nacional

1. I Oficina desenhando o Trabalho de Campo Regional da pesquisa “Trajetórias Educacional e Ocupacional dos trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil” realizada no dia 9 de maio de 2013 envolvendo as ETSUS de Rio Branco/ Acre, Blumenau/SC, Salvador/Bahia, Campo Grande/ Mato Grosso do Sul e Belo Horizonte/Minas Gerais.

2. II Oficina desenhando o Trabalho de Campo Regional da pesquisa “Trajetórias Educacional e Ocupacional dos trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil” realizada nos dias 19 e 20 de setembro de 2013 envolvendo as ETSUS de Rio Branco/ Acre, Blumenau/SC, Salvador/Bahia, Campo Grande/ Mato Grosso do Sul e Belo Horizonte/Minas Gerais.

Orientações de alunos com temas relacionados ao projeto

1. Programa de Iniciação Científica FIOCRUZ – Aluna Roberta de Carvalho Coroa - Faculdade de Ciências Sociais UFRJ - Uma contribuição ao estudo das trajetórias educacional e ocupacional dos

trabalhadores técnicos no Brasil. Orientadora: Monica Vieira; Co-orientadora: Ana Margarida Campello.

2. Programa de Iniciação Científica FIOCRUZ – Aluno Rafael Pitanga Massena. Faculdade de Ciências Sociais UFRJ - Uma contribuição ao estudo das trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em enfermagem no Brasil. Orientadora: Monica Vieira; Co-orientadora: Ana Margarida Campello.

3. Mestrado profissional em Educação profissional em Saúde – Aluna Ana Lúcia Nogueira Marcos Rodrigues da Costa – Educação permanente em Saúde e o Processo de Qualificação profissional: percepções dos técnicos de enfermagem. Orientadora Monica Vieira T.2012.

4. Mestrado profissional em Educação profissional em Saúde – Aluna Dolores Santos Francisco – “A Busca da Identidade Profissional dos Técnicos de Enfermagem”. Orientadora Monica Vieira T.2013.

5. Mestrado profissional em Educação profissional em Saúde – Aluna Áurea Candeias – “Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde e sua influencia na prática diária do ACS”. Orientadora Filippina Chinelli T.2013.

6. Mestrado profissional em Educação profissional em Saúde – Aluna Julieta Brites Figueiredo – “Trajetória Educacional de alunos de cursos técnicos em saúde: o caso da Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza (ETEHJS) da FAETEC”. Orientadora Ana Margarida Campello T.2013