

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

The contemporary relationship between work,
qualification and recognition: repercussions
on the Unified Health System (SUS) workers

Monica Vieira¹
Filippina Chinelli¹

Abstract *This paper discusses the relationship between work, qualification and recognition as it occurs in the field of health today, specifically considering the employability of technical workers in the Unified Health System, the way they perceive the employment relationship with respect to their self-esteem regarding their subjectivities. Based on a review of the relevant literature, the subject is treated in the wider context of ongoing changes in the workplace, which are associated with intensification, flexibility and precariousness of labor relations, with repercussions on the specific aspects mentioned. An attempt is made to establish a critical dialogue with the analytical aspect that emphasizes daily work as a privileged forum for overcoming the contradictions that characterize the field of work and education in the SUS nowadays. The text emphasizes the following issues: analysis of the relationship between work and education from the perspective of the concept of skill; the broadening of the meaning of health work; and a critical evaluation of policies that end up making the workers liable for the quality of services rendered.*

Key words *Qualification, Labor relations, Subjectivities of the workers*

Resumo *Este artigo discute a relação entre trabalho, qualificação e reconhecimento tal como ocorre hoje no âmbito da saúde, considerando mais especificamente a inserção laboral dos trabalhadores técnicos no SUS, a maneira como percebem as relações de trabalho nas quais se inserem e a autoconstrução de suas subjetividades. Com base na revisão da literatura pertinente, o tema é tratado no contexto mais geral das mudanças em curso no mundo do trabalho, as quais estão associadas à intensificação, à flexibilização e à precarização das relações de trabalho, com rebatimentos nos aspectos específicos mencionados. Procura-se estabelecer um diálogo crítico com a vertente analítica que enfatiza o cotidiano de trabalho como instância privilegiada de superação das contradições que hoje caracterizam o campo do trabalho e da educação no SUS. O texto põe ênfase nas seguintes questões: na análise da relação trabalho-educação sob a ótica do conceito de qualificação; na ampliação do significado do trabalho em saúde; e na avaliação crítica de políticas que acabam por responsabilizar os trabalhadores pela qualidade do serviço prestado.*

Palavras-chave *Qualificação, Relações de trabalho, Subjetividade dos trabalhadores*

¹ Observatório dos Técnicos em Saúde, Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, Avenida Brasil 4365, Mangueiras. 21040-900 Rio de Janeiro RJ. monicavi@fiocruz.br

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 laboral, 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 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 laboral, 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”¹. 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 e à perspectiva cultural e ideológica baseada na autoconstrução do trabalhador colaborador e solidário². Em contrapartida, apresenta-se o conceito de qualificação tal como formulado por autores como Castro³ e Tartuce⁴ que o tomam como histórica e socialmente construído, procurando mostrar sua adequação a uma perspectiva que não dissocia a organização, a gestão e as práticas de trabalho do processo de qualificação e da autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores.

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 (...)”⁵.

Frigotto⁶ 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 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 sistema⁶. 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 periféricas⁷. 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, especialmente, 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 de-

penderiam 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., enfim, medidas cujo objetivo foi e continua sendo a produção da adaptação e do consentimento ativo à nova ordem internacional⁸.

No Brasil, as repercussões dessa crise começaram 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 econômicos⁹. Ainda que as novas tecnologias auxiliem a atividade no setor possibilitem apenas uma substituição limitada do recurso humano¹⁰. Isso significa que o trabalho vivo, mesmo com o intenso processo de tecnologização do atendimento, segue sendo central na saúde¹¹⁻¹³.

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 1987⁹. Entretanto, quando comparado ao crescimento nos demais setores – 1,3% no período (1984 a 1987) –, o emprego na saúde praticamente quadruplicou¹⁴.

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 privada contratada. Esse crescimento deve ser creditado ainda ao “papel atribuído ao setor no elenco de políticas macroeconômicas de sustentação da demanda nacional por força de trabalho; à vulnerabilidade do setor às pressões político-institucionais”; e à sua “missão social”⁹. 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^{10,11,15}. 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^{9,15}.

Cabe assinalar, entretanto, que o mercado de trabalho em saúde não ficou incólume às políticas liberalizantes que vêm sendo implementadas nos níveis nacional e sub-nacionais de governo. Varela e Pierantoni¹⁶ 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”. Elas¹⁶ acrescentam que as relações informais de trabalho vigentes, sobretudo no PSF nos anos 1990 e, de modo geral, no setor público, “mais que cumprir um papel como variável de ajuste da economia, foram acima de tudo um engendramento para burlar as amarras jurídicas e ao mesmo tempo atender a demandas expansionistas do sistema”, desconsiderando direitos trabalhistas e ameaçando a continuidade e a qualidade da prestação dos serviços. Em perspectiva semelhante, Silva¹⁷ 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”¹⁸. 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”.

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 Menezes¹⁹, 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 (SG-

TES) 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 (ACS) 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 despreciação das relações de trabalho a que os ACS estão submetidos, aí incluída a remuneração digna e o acesso a uma formação técnica adequada, foram bastante tímidos²⁰.

Cabe chamar atenção para o fato de que não são poucos os autores²¹⁻²⁴ para os quais o enfrentamento dessas questões deve ser relacionado à busca de alternativas de gestão dos processos de trabalho. Estas, que mais recentemente vêm sendo objeto de políticas e programas, entre elas a Educação Permanente em Saúde e o HumanizaSUS, 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.

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 (PROFOR-

MAR) 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 Profap (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, BIODIAGNÓSTICO (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 de consolidação do SUS conforme propunha a reforma sanitária. 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%)²⁵.

Além disso, como assinala Lima²⁶, 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 voltado prioritariamente para o local de trabalho”. Um exemplo desta 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”²⁷.

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 Machado²⁸, 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, Hirata²⁹ aponta o risco de sua utilização visto que 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.”.

As características do setor de serviços, aí incluído o trabalho em saúde, facilitaram essa rotação teórico-ideológica, principalmente quanto ao 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”²⁰. 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 Merhy²¹ e Campos^{23,24}. De acordo com o primeiro, para que haja mudança, é necessário que o modo de produzir a saúde no país seja focado 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 iminentes que deveriam levá-los a engajar-se 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 essa jornada. Não é raro também a utilização de parte de seus salários para o pagamento de colegas que os substituem.

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 será 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 pró-

prias 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 Castro³, implica em:

a) 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 instâncias 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/intersubjetividade³⁰ 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 se disputam credenciais que conferem reconhecimento e podem facilitar o acesso ao mundo do trabalho²⁰.

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 nesta, na opinião de Sennet¹, 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^{31,32}.

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 sujeito³³.

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 apoia a subjetividade³⁴. 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 trabalhadores³⁵.

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 identidade³⁶, 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 sofrimento³⁴.

De fato, o atual estágio dos estudos com trabalhadores técnicos do SUS realizados no âmbito do Observatório dos Técnicos em Saúde, corrobora 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, empe-

nhando-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.

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 ser fundamentais para a efetiva implantação do SUS tal como preconizado pela reforma sanitária. Com este objetivo buscou-se certo afastamento de estudos que vêm operando, de maneira crescente, com ideias 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, especialmente, sobre a formação profissional, muitos dos quais, inclusive, enfatizam os as-

pectos 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^{18,37}. 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, as necessidades, as dificuldades e as 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.

Colaboradores

M Vieira e F Chinelli participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos aos pesquisadores engajados na pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil” nos quais o presente trabalho se baseia. E também à Faperj e ao Papes/CNPq/Fiocruz pelo financiamento.

Referências

1. Sennett R. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record; 2006.
2. Chinelli F. *Trabalhadores ou “colaboradores”?* Estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2008.
3. Castro N. Qualificação, qualidades e classificações. *Educ Socied* 1993; 14(45):211-224.
4. Tartuce GLBP. *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]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
5. Boltanski L, Chiapello E. *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madri: Ed. Akal S.A.; 2002.
6. Frigotto G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: Frigotto G, organizador. *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 25-54.
7. Alves G, Corsi FL. Apresentação. Dossiê Globalização. *Rev. Sociol. Polít.* 2002; 19:7-10.
8. Marques AP. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego. Um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1545-1554.
9. Girardi SN. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN; 1999. p. 125-150.
10. Dedecca CS, Rosandiski EM, Carvalho MSC, Barbieri CV. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. *Trab, Educ e Saúde* 2005; 3(1):123-142.
11. Dedecca CS. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22(2):87-103.
12. Dedecca CS, Trovão CJB. A universalização e a força de trabalho no complexo da saúde, vantagens e desafios. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1555-1567.
13. Girardi SN, Wan Der Maas L. *Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde: Conceitos e bases de dados*. [relatório na Internet]. Belo Horizonte: Estação de pesquisa Sinais de Mercado de Trabalho; 2011. [documento da Internet]. [acessado 2013 abr 25]. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/infosaude.pdf>
14. Médici AC. Mercado de trabalho em saúde no Brasil. Desafios para os anos 90. *Cadernos RH Saúde* 1993; 1(3):41-46.
15. Lima JCF. *Política de Saúde e Formação profissional dos trabalhadores Técnicos de enfermagem* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2010.
16. Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis* 2008; 18(3): 521-544.
17. Silva LMO. *Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro* [dissertação]. São Paulo (SP): Unicamp; 2006.
18. Morosini MV. *Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2010.

19. Bravo MIS, Menezes JSB. Política de Saúde no Governo Lula. In: Bravo MI, organizador. *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: UERJ; 2008.
20. Vieira M, Lopes MR, Durão AV, Chinelli F. Introdução. In: Vieira M, Lopes MR, Durão AV, organizadores. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011.
21. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
22. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saú-de Educ* 2005; 9(16):161-168.
23. Campos GWS. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
24. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
25. Vieira M, Campello A, Chinelli F, Moreno AB, Lobo F, Almeida A, Candeias M Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde, Brasil Anos 2000. In: Morosini MVC, organizador. *Qualificação Profissional em Saúde: a conformação de grupos profissionais*. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde, EPSJV, Fiocruz; 2013. [No prelo]
26. Lima JCF. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. *Trabalho Necessário* 2007 [acessado 2013 abr 25];5(5): [cerca de 16 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS. Quarta Versão. Brasília: MS; 2002.
28. Machado L. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: Fidalgo FS, organizador. *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: MCM; 1996.
29. Hirata H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: Ferretti C, organizador. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes; 1994.
30. Saviani D. *Perspectiva marxiana do problema da subjetividade-intersubjetividade*. Conferência proferida no I Seminário Internacional sobre Filosofia e educação. Passo Fundo, Minas Gerais, 29/09/2003.
31. Antunes R. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2000.
32. Antunes R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: Guimarães C, organizador. *Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2010.
33. Sainsalieu R. A identidade no trabalho ontem e hoje. *Contemporaneidade e Educação* 2001; 7(9):56-73.
34. Dejours C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV; 2000.
35. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes; 1998.
36. Dubar C. Identidade profissional em tempos de bricolage (entrevista com Claude Dubar). *Rev. Contemporaneidade e Educação* 2001; 9:152-156.
37. Brito Quintana PE. Presentación. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* 2002; 8(15):5-14.

Artigo apresentado em 29/08/2012

Aprovado em 23/01/2012

Versão final apresentada em 09/02/2013