



Trabalhadores Técnicos da Saúde:

aspectos da qualificação
profissional no SUS

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Daiana Crús Chagas

Filippina Chinelli

Monica Vieira

organização

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

Paulo César de Castro Ribeiro

Vice-diretora de Ensino e Informação

Páulea Zaquini Monteiro Lima

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Marcela Alejandro Pronko

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbilio de Souza Abreu

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - SGTES/MS

Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde

Julio César França Lima

Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Daiana Crús Chagas

Filippina Chinelli

Monica Vieira

organização



2013

Rio de Janeiro

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Copyright © 2013 das organizadoras

Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Este projeto foi financiado com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o Biênio 2011-2013 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde.

Revisão Janaina Silva

Diagramação e Capa Zé Luiz Fonseca

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

M869t Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso
Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. / Organização de Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Márcia Cavalcanti Raposo Lopes; Daiana Crús Chagas; Filippina Chinelli e Monica Vieira. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

447 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-70-0

1. Formação Profissional. 2. Educação Profissional. 3. Pessoal da Saúde. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo. II. Chagas, Daiana Crús. III. Chinelli, Filippina. IV. Vieira, Monica. V. Título.

CDD 370.113

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Av. Brasil, 4.365

21040-360 - Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

www.epsjv.fiocruz.br



SUMÁRIO

Prefácio	9
Qualificação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde: uma apresentação ao tabalho	11
Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, Daiana Crús Chagas, Filippina Chinelli e Monica Vieira	
Parte I – Qualificação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde: questões introdutórias	
O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde	23
Filippina Chinelli, Monica Vieira e Neise Deluiz	
Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educativa das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República	49
Júlio César França Lima	
Regulamentação Profissional e Educativa em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo	83
Júlio César França Lima, Marise Nogueira Ramos e Francisco José da Silveira Lobo Neto	
Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil anos 2000	121
Monica Vieira, Alexandra Ribeiro Mendes de Almeida, Ana Margarida de Mello Barreto Campello, Arlinda B. Moreno, Filippina Chinelli, Francisco José da Silveira Lobo Neto e Márcio Candeias Marques	

Parte II – Trabalho e Formação Profissional de Técnicos em Saúde

Regulamentação e História dos Trabalhadores Administrativos na Gestão da Saúde 149

Valéria Cristina Gomes de Castro, Camila Abreu de Carvalho, Raquel Barbosa Moratori, Marcello de Moura Coutinho, Ramon Peña Castro, Paulo César de Castro Ribeiro e Priscila Guimarães

Processo de Qualificação de Trabalhadores Técnicos de Informações e Registros em Saúde 179

Marcia Fernandes Soares, Martha Peçanha Sharapin, Sergio Munck Machado e Camila Abreu de Carvalho

Qualificação dos Técnicos em Radiologia: história e questões atuais 207

Sergio Ricardo de Oliveira, Alexandre Moreno Azevedo, Cristina Maria Toledo Massadar Morel, Isis Pereira Coutinho, André Elias Fidelis Feitosa e José Luis Ferreira Filho

O Processo de Constituição Histórica e Social dos Técnicos em Histologia e seus Reflexos na Qualificação deste Grupo 235

Leandro Medrado e Daniel Santos Souza

O Processo de Constituição Histórica e Social dos Técnicos de Nível Médio em Citologia e seus Reflexos na Qualificação destes Trabalhadores 267

Vânia Maria Fernandes Teixeira e Fátima Meirelles Pereira Gomes

Processo de Qualificação dos Técnicos em Análises Clínicas no Brasil: primeiras aproximações 295

Bianca R. Veloso e Flávio Henrique Marcolino da Paixão

Técnico de Nível Médio em Hemoterapia: estudo exploratório de uma profissão	335
Daiana Crús Chagas, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, Isis Pereira Coutinho, Roberta de Carvalho Corôa e Janete Gonçalves Evangelista	
Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos	361
Carlos Eduardo Colpo Batistella	
Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil	391
Daniel Groisman	
Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde	421
Anna Violeta Ribeiro Durão, Clarissa Alves Fernandes de Menezes, Filippina Chinelli, Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Márcio Candeias Marques e Ramón Chaves Gomes	

PREFÁCIO

Ao longo do desenvolvimento do campo da saúde coletiva houve uma preocupação intrínseca com o trabalho e com a formação dos responsáveis por construir as bases para uma nova política de saúde. Assim, fazem parte da constituição desse campo os esforços de pesquisadores, grupos e organizações que ao longo da segunda metade do século XX integraram-se em projetos e movimentos ligados às instituições de ensino e de formulação e execução de políticas relacionadas ao trabalho e à formação dos trabalhadores da saúde.

As agendas de pesquisa sobre educação e gestão do trabalho se ampliaram nas últimas décadas e movimentos importantes foram desencadeados, a exemplo da criação do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e do Observatório dos Técnicos em Saúde, integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos da Saúde no Brasil (OBSERVARH), criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Nesse sentido, a produção deste livro revela o investimento realizado por um conjunto de docentes e pesquisadores da EPSJV comprometidos com a atualização permanente do debate em torno dos problemas e desafios que vêm sendo enfrentados na prática dos trabalhadores do sistema de saúde, de modo a fomentar o aperfeiçoamento do processo de constituição desses sujeitos, processo este que passa necessariamente pela formação profissional.

Na trilha das referências sobre qualificação profissional – entendida como relação social –, os autores desta coletânea nos brindam com múltiplos textos que tomam como objeto o trabalho e a formação dos técnicos da saúde. Análises e reflexões críticas sobre um conjunto de questões vinculadas à atuação desses trabalhadores são apresentadas e ganham consistência e profundidade pelas evidências trazidas e problematizadas nos estudos que integram esta produção.

Importante ressaltar o esforço dos autores no sentido de compartilhar um referencial teórico-conceitual que subsidia o desenvolvimento dos estudos apresentados na segunda parte do livro, cuja perspectiva de

análise volta-se para abordagens mais específicas sobre grupos de trabalhadores de nível médio que atuam em diversos espaços configurados pela reprodução ampliada das práticas de saúde, quer no ambiente domiciliar, como é o caso dos cuidadores de idosos, quer no território de ação, como é o caso dos trabalhadores de vigilância e agentes comunitários de saúde, ou ainda nos serviços de atenção à saúde, seja no apoio diagnóstico e terapêutico, seja no apoio administrativo.

Finalizo, parabenizando os autores pela iniciativa de organizar esta publicação e pela qualidade da contribuição científica disponibilizada para o conjunto de docentes, pesquisadores, dirigentes e trabalhadores de saúde em geral, que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre as questões abordadas nos textos, as quais vêm preencher uma lacuna na literatura científica brasileira na área de trabalho e educação na saúde. Espero que a difusão desta obra fomente um debate capaz de subsidiar a formulação e o aperfeiçoamento de políticas que valorizem os trabalhadores que atuam cotidianamente para garantir a qualidade dos serviços e a humanização da atenção prestada à saúde da população brasileira.

Abril de 2013

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Coordenadora do GT Trabalho e Educação na Saúde da
Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

QUALIFICAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE: UMA APRESENTAÇÃO AO TRABALHO

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vem nos últimos anos ampliando seu papel de referência no campo da educação profissional em saúde, por meio do fortalecimento de atividades de ensino, pesquisa e cooperação nacional e internacional. Sua atuação possibilitou que a instituição fosse convidada a tornar-se Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como a exercer a função de Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) de 2000 a 2008 e, desde 2012, a coordenar as ações de comunicação da rede, sediando a Secretaria Executiva da RET-SUS.

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 no período em que a reforma do Estado brasileiro, e mais especificamente a reforma da saúde – para alguns, contrarreforma da saúde –, seguiam seu curso. Nos moldes idealizados por Bresser-Pereira em 1995 e implementados nos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), esta reforma em alguma medida seguiu durante os governos Lula da Silva (2003-2010), redefinindo o papel do Estado como o promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social, e não mais como seu responsável direto, inibindo a sua participação na produção de bens e serviços.

Tal reforma segue a lógica mais ampla das políticas neoliberais. Entretanto, diferente do que aconteceu em vários setores da economia brasileira, nos quais se verificou drástica redução de postos de trabalho

em decorrência da reestruturação produtiva e da introdução de novas tecnologias, sua implementação não acarretou a redução do emprego no setor saúde. Deu-se o oposto: os postos de trabalho aumentaram devido, principalmente, à expansão da atenção básica, configurada segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, esse aumento fez-se acompanhar do crescimento de formas atípicas de contratação, com restrição ou não cumprimento dos direitos historicamente associados ao trabalho no Brasil.

Tal expansão da atenção básica contou com forte aparato indutor do Ministério da Saúde, por meio de mecanismos diferenciados de financiamento para a adoção dessa estratégia pelos municípios. Entretanto, essa mesma capacidade indutiva não se apresentou na superação de antigas questões acumuladas pelos trabalhadores da saúde no que diz respeito à gestão do trabalho e da formação. Desse modo, os trabalhadores foram e continuam a ser incorporados sem que tenham sido resolvidos problemas históricos, como os baixos salários; as múltiplas jornadas e responsabilidades; a carga horária excessiva; a convivência de trabalhadores exercendo a mesma função em um dado serviço, mas com vínculos e salários diferenciados; os desvios de função etc. A esses problemas somaram-se formas flexíveis de contratação e gestão do trabalho.

Conforme explicitam os textos deste livro, no caso dos técnicos da saúde, essa situação tem se configurado em muitos casos como um processo de qualificação marcado pela não profissionalização; pela capacitação predominantemente em serviço, em detrimento de uma formação escolar que confira habilitação técnica aos trabalhadores; e por condições de contratação e remuneração insuficientes e não condizentes com a importância do seu trabalho para o SUS.

Sensíveis às implicações desse quadro de acentuada precarização das relações de trabalho e de carência das políticas de formação no SUS, os docentes-pesquisadores do Lateps e do Observatório vêm realizando pesquisas e estudos com o objetivo de detectar e analisar, de forma crítica, questões relacionadas ao trabalho e à formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. Com isto, busca-se oferecer subsídios às esferas de governo na elaboração e na implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, sobretudo aquelas relacionadas a esses trabalhadores, na perspectiva de superação do quadro em tela.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, a centralidade assim obtida pela educação profissional em saúde nos dois períodos de governo Lula da Silva e o recente desenvolvimento do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) – previsto no âmbito de um programa mais abrangente, o Mais Saúde (2008-2011), e coerente com a diretriz anunciada pelo Ministério da Saúde de ampliar e qualificar a força de trabalho no setor – são elementos que possibilitaram colocar em movimento diferentes concepções e projetos para a educação e o trabalho na saúde.

Desafiados pela necessidade de conhecer e analisar esses processos, seus efeitos e contradições em relação aos técnicos da saúde, os pesquisadores do Observatório aproximaram-se do conceito de qualificação profissional. Nesse movimento de construção teórico-metodológico, deve-se destacar um estudo anterior que se dedicou à análise da qualificação profissional dos agentes comunitários de saúde e resultou na publicação, em 2011, do livro *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. A partir dessa experiência surgiu o desejo e a necessidade de se alargar o escopo de estudo, considerando a atuação da EPSJV/Fiocruz na formação e investigação de diversos trabalhadores com vistas a compor um cenário mais abrangente da qualificação dos técnicos da saúde. Foi assim que se constituiu o estudo “Processo de qualificação de trabalhadores técnicos em saúde: a conformação de grupos profissionais”,¹ também conhecido como “Projeto Qualificação”, cujos resultados estão reunidos nos capítulos que compõem este livro. Seu objetivo mais amplo foi identificar e analisar os movimentos de conformação de alguns grupos profissionais inseridos no setor saúde, observando os determinantes sociais, políticos e econômicos envolvidos nos seus processos de qualificação, bem como verificando/analizando sua expressão no contexto das dinâmicas do trabalho em saúde.

Trata-se da consolidação de uma perspectiva de investigação das questões afeitas aos trabalhadores técnicos em saúde a partir da noção de qualificação profissional, entendida como relação social que abrange variadas dimensões relativas à formação e ao trabalho, notadamente, às

¹ Este estudo integrou as atividades de trabalho do Plano Diretor do Observatório dos Técnicos de Saúde no biênio 2010-2012.

políticas e à legislação de ambos os campos, à conformação do sistema de ensino, à organização curricular dos cursos de formação, ao sistema de classificação de cargos e salários e ao valor social atribuído aos certificados e ao trabalho (atribuições e responsabilidades). Tais elementos da qualificação encontram-se na história da constituição dos grupos profissionais, assim como nos processos de formulação e desenvolvimento das políticas e da legislação, na organização e no processo de trabalho. Nesse sentido, esses elementos se produzem no âmbito das relações sociais e são portadores de diferentes interesses e projetos societários cuja disputa configura o processo de qualificação profissional.

A esta perspectiva de investigação somou-se a oportunidade representada pelo desenvolvimento do Profaps – cuja implementação trouxe elementos importantes para os estudos desenvolvidos sobre a qualificação dos trabalhadores técnicos da saúde, assim como ofereceu um contexto político estratégico para a publicação dos achados da pesquisa. Entre os objetivos desse programa está a formação de técnicos nas áreas de radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, prótese dentária, enfermagem e vigilância em saúde, além da formação inicial dos agentes comunitários de saúde e da qualificação dos cuidadores de idosos.

Os Caminhos do Estudo

Para viabilizar os objetivos do “Projeto Qualificação” constituíram-se nove subgrupos de trabalho – cada qual dedicado a estudar grupos de trabalhadores em áreas abrangidas pelo Profaps: hemoterapia, radiologia, informação e registro, administração, vigilância, biodiagnóstico e atenção em saúde. Constituiu-se ainda um subgrupo especialmente voltado para analisar a formação e a inserção profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, a partir de informações disponíveis em bases de dados públicas. No total, participam desses dez subgrupos 45 professores-pesquisadores da EPSJV/Fiocruz, cinco bolsistas contratados pelo Plano Diretor e duas pesquisadoras do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca).

A disparidade de informações disponíveis sobre os grupos profissionais, as diferenciadas experiências de pesquisa dos subgrupos, as várias matrizes metodológicas mobilizadas e as singularidades de cada

uma das categorias ocupacionais estudadas permitiram graus distintos de aproximação e análise sobre os trabalhadores técnicos em saúde. Longe de constituir um problema, a diversidade das pesquisas empreendidas é expressão das condições de investigação hoje presentes para o estudo desses trabalhadores, historicamente subalternizados tanto nos processos de trabalho quanto na formulação de políticas e estratégias para a sua formação e para a gestão do trabalho em saúde.

Para enfrentar tais dificuldades, um primeiro esforço coordenado do projeto foi a construção de um referencial teórico-conceitual comum que possibilitasse uma maior organicidade aos estudos desenvolvidos pelos subgrupos, sem detrimento das especificidades de cada categoria ocupacional analisada. As bases conceituais compartilhadas estão apresentadas nos três primeiros capítulos da coletânea. No capítulo 1, intitulado “O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde”, as autoras discutem o conceito de qualificação em uma perspectiva histórica e o confrontam com a noção de competência e seus congêneres, moldados segundo o pensamento neoliberal de flexibilização do trabalho e de formação e desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais.

Os dois capítulos seguintes “Breve história das disputas em torno do processo de regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde: do Brasil Colonial à Primeira República” e “Regulamentação profissional e educacional em saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo” abordam a regulamentação educacional e profissional em saúde, especialmente das profissões técnicas médias no Brasil em dois períodos históricos: o capítulo 2, da época Colonial até o advento da República no Brasil e, o capítulo 3, da década de 1930 até os tempos atuais. Ambos os textos são construídos em uma perspectiva histórico-crítica, que analisa de forma articulada os instrumentos legislativos e normativos em relação às questões de ordem política, econômica e social nos diferentes momentos tratados. Dessa forma, os autores apresentam as tensões, os conflitos e as disputas que marcaram o desenvolvimento da normatização do trabalho e da formação dos trabalhadores técnicos no Brasil, sobretudo, da saúde.

O capítulo 4 “Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde - Brasil anos 2000” apresenta análises quantitativas e qualitativas a respeito da formação e inserção profissio-

nal dos técnicos em saúde no Brasil, na primeira década do presente século. Resulta do esforço de consolidação das bases de dados secundários que o Observatório empreende há uma década, notadamente 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).

Esses quatro primeiros capítulos integram a primeira parte do livro denominada “Qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde: questões introdutórias”.

A segunda parte do livro – “Trabalho e formação profissional de técnicos em saúde” – é dedicada às análises mais específicas sobre os grupos de trabalhadores técnicos em saúde pesquisados. Os capítulos apresentam aspectos do processo de qualificação profissional desses trabalhadores, a partir de uma reconstituição histórico-documental. Cabe notar que os textos dedicados aos trabalhadores da vigilância e aos agentes comunitários de saúde extrapolam essa perspectiva, abordando a temática da qualificação associada, respectivamente, a aspectos da identidade profissional e de gênero.

Intitulado “Regulamentação e história dos trabalhadores administrativos na gestão da saúde”, o capítulo 5 discute questões relacionadas a um grupo profissional que representa quase trinta por cento da força de trabalho em saúde, mas que tem seu trabalho tornado invisível e comumente entendido como de menor importância, associado a funções da área considerada ‘meio’. Nesse texto, os autores buscam entender a configuração deste campo de trabalho no SUS e a (não)constituição da identidade profissional dos trabalhadores que nele atuam, assim como buscam conhecer e analisar a (des)regulamentação de seu trabalho e de sua formação.

O capítulo 6 “Processo de qualificação de trabalhadores de informações e registros em saúde” busca, a partir de uma definição do campo de informação em saúde e do reconhecimento da importância da incorporação das tecnologias da informação (TIs) na sua consolidação, explicitar como se deu a conformação do trabalho do técnico em informação e registros e o seu valor para a condução do SUS. Para tal, os autores analisam marcos regulatórios observando o campo do trabalho

técnico em saúde; apresentam as iniciativas de formação deste profissional no âmbito da EPSJV, primeira instituição com formação técnica na área; e acenam para a forte vinculação deste trabalhador às instituições públicas de saúde.

O capítulo seguinte, “Qualificação dos técnicos em radiologia: história e questões atuais”, aborda a única categoria de técnicos em saúde estruturada em torno de um Conselho Profissional específico e, portanto, com maior organização e visibilidade. Esta condição não distingue os técnicos de radiologia dos demais grupos profissionais analisados no que se refere à escassez de estudos sobre seu perfil profissional, as condições em que exerce seu trabalho e as características de sua formação. Assim, o texto apresenta tanto a reconstituição da história do campo profissional como também uma primeira aproximação à realidade desses trabalhadores, ofertando um conjunto importante de dados indispensáveis a futuras pesquisas sobre esses técnicos.

Os três textos seguintes dedicam-se aos profissionais de biodiagnóstico, a começar pelo capítulo 8 intitulado “O processo de constituição histórica e social dos técnicos em histologia e seus reflexos na qualificação deste grupo”. O texto remonta à formação do campo da histologia e da anatomia patológica na medicina até sua apropriação pela ciência brasileira; em seguida, os autores delineiam características do trabalho técnico em histologia e apresentam dados sobre sua prática profissional, explicitando também marcos importantes da formação técnica no país. Os autores levantam ainda questões relativas à atual proposta de formação em histologia e concluem apresentando as principais iniciativas para a regulamentação do exercício dessa profissão.

O capítulo 9, “O processo de constituição histórica e social dos técnicos de nível médio em citologia e seus reflexos na qualificação destes trabalhadores”, aborda os citotécnicos – nome pelo qual são comumente conhecidos os trabalhadores que desempenham papel fundamental nos serviços de apoio diagnóstico do câncer no SUS, sendo a única categoria de nível médio cuja função inclui a emissão de laudos técnicos. Apesar disso, seu trabalho é pouco valorizado, carecendo de estudos que o descrevam e analisem. As autoras buscam então apresentar este profissional e as características do seu trabalho e da sua formação, recuperando o percurso histórico de instituição de suas atribuições no setor saúde,

desde a década de 1930 quando se constituiu, no Brasil, uma política de controle do câncer. Suas reflexões abrangem também os problemas que percebem na abordagem que não distingue o trabalho do citotécnico e o do técnico de histologia, salientando questões dela decorrentes na atual proposta de formação para estes trabalhadores.

O capítulo 10, “Processo de qualificação dos técnicos em análises clínicas no Brasil: primeiras aproximações”, relata a constituição histórica e social do trabalho técnico em laboratório desde seus primórdios no Brasil, com a introdução da microbiologia e as atividades de Oswaldo Cruz, ressaltando sua importância no apoio aos diagnósticos médicos. Desde os práticos de laboratório, passando por várias designações até a atual, de técnico em análises clínicas, o capítulo perpassa as diferentes facetas dessa atividade, tratadas no âmbito das legislações da educação e do trabalho, como também nos documentos dos distintos conselhos das profissões de nível superior aos quais o trabalho técnico em análises clínicas está submetido. Os autores destacam ainda que os técnicos em análises clínicas, a despeito de sua longa trajetória e significativa participação nos serviços de diagnóstico, tiveram os projetos de regulamentação profissional sucessivamente arquivados.

Os profissionais de nível médio inseridos no sistema de saúde brasileiro em postos de trabalhos diretamente relacionados ao desenvolvimento de atividades hemoterápicas são objeto de estudo do capítulo 11, denominado “Técnico de nível médio em hemoterapia: estudo exploratório de uma profissão”. Esses trabalhadores se ocupam de diferentes tarefas no ciclo do sangue e grande parte deles não tem formação específica para o trabalho como técnico em hemoterapia. No texto as autoras buscam entender a constituição desse campo profissional e se aproximar das questões que envolvem o processo de formação e a regulamentação da ocupação desses trabalhadores.

O capítulo 12, “Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da vigilância em saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos”, aborda a qualificação dos trabalhadores técnicos que atuam na área de vigilância em saúde, relacionando-a ao processo de construção da identidade desse grupo profissional. Marcado pela abordagem histórica e pela discussão conceitual, o capítulo trata da constituição do campo da vigilância e da atuação desses trabalhadores, abrangendo as-

pectos do seu trabalho, especialmente, a dispersão institucional e a não regulamentação. Além disso, o autor aborda aspectos de sua formação – notadamente a oferta da educação técnica. Associados, esses elementos compõem um cenário de desafios para a profissionalização dos técnicos da vigilância em saúde.

Intitulado “Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil”, o capítulo seguinte tematiza o cuidado, assunto de crescente importância no país, tendo em vista o progressivo aumento da população idosa e/ou dependente. Trata especialmente das ações visando à formação e à regulamentação profissional de um trabalhador específico para atuar nesse nicho da atenção básica – o cuidador de idosos. No que diz respeito à formação, observa o recente desenvolvimento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos, ressaltando o ineditismo, o impacto desse empreendimento e a sua posterior descontinuidade. Quanto à regulamentação, destaca a tramitação na Câmara de Deputados do Projeto de Lei n. 284/11 já aprovado no Senado Federal.

O capítulo “Qualificação e gênero no trabalho das agentes comunitárias de saúde” fecha a coletânea, trazendo um novo aporte à discussão da qualificação dessas trabalhadoras. Os autores analisam o perfil social e o trabalho das ACS, articulando-os com os conceitos de qualificação e gênero, o que lhes permite refletir sobre as características do trabalho na atualidade e, especificamente, a inserção dessas mulheres trabalhadoras no âmbito do SUS. Partem da constatação de que, nas políticas públicas de incorporação das ACS à atenção básica, conformaram-se requisitos que privilegiam atributos historicamente associados às mulheres, especialmente habilidades construídas no âmbito doméstico. Dentre as várias questões apontadas no texto, destacam-se a relação entre as características associadas ao gênero e a dificuldade de obtenção de reconhecimento social, a sobreprecarização do trabalho e a formação aligeirada, entre outras características do perfil social e da qualificação profissional das ACS.

Constituída de múltiplos textos, esta coletânea ganha unidade pela abordagem da temática da qualificação e pela eleição do trabalho e da formação dos técnicos da saúde como objeto de suas reflexões e críticas. Marcada também pelos projetos e anseios de seus autores e organizado-

ras, esta publicação está implicada com o desejo de tornar mais visíveis as questões enfrentadas por esses trabalhadores cuja atuação tem sido fundamental ao desenvolvimento do SUS.

Esperamos que as análises e considerações apresentadas possam oferecer elementos que contribuam para a formulação de novos estudos, políticas, estratégias e ações que visem à superação das iniquidades e precariedades ainda persistentes na estruturação do SUS.

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Daiana Crús Chagas

Filippina Chinelli

Monica Vieira

PARTE I

**Qualificação dos Trabalhadores
Técnicos em Saúde:
questões introdutórias**

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

Filippina Chinelli
Monica Vieira
Neise Deluiz

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 ideias como normas sociais, solidariedade, distribuição, justiça, classes sociais e sociedade. Economia em lugar de sociologia. (Cardoso, 2000: 45)

Retoma-se, nas páginas que se seguem, em uma perspectiva crítica¹ 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: 41).

Tributário do taylorismo/fordismo em seus sentidos de paradigma de organização da produção e modo de regulação social, o conceito

¹ 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”.

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.² 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: 20).

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.³

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

² Para a análise da obra desses autores considerados fundadores da teoria da qualificação do trabalho, ver Tartuce (2002, 2007).

³ 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: 165), o que contribuiria para a captura da subjetividade do trabalhador. Ao contrário, originada na perspectiva marxista de formação humana, a politécnica como “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: 160).

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 & Campos, 1997: 13).

Esse argumento foi e é geralmente utilizado para sustentar o imperativo de o país elevar suas taxas de produtividade a fim de competir de maneira adequada no 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 que vem sendo denominado na literatura pertinente ‘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 & Campos, 1997: 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: 3)

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, por 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 traba-

lho, 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 & 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: 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 & Deluiz, 1999: 65).⁴

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.

Ao mesmo tempo 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: 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: 30-31).

Ramos (2001: 21)⁵ sublinha que o deslocamento conceitual da noção de qualificação, entendida como relação social, para o de compe-

⁴ Conforme Rodrigues (1998: 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”.

⁵ Trata-se talvez da mais extensa reflexão crítica, produzida no Brasil, sobre o conceito de competência e suas consequências sobre as políticas educacionais da última década.

tências, constitui-se 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: 21).⁶

Contudo, não haveria, segundo Machado (1996: 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 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: 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: 25)

Hirata (1997: 32) também associa para efeitos analíticos as noções de competência e empregabilidade devido, ao menos, a duas razões de

⁶ Ver a respeito Ciavatta (1998); Souza, Santana e Deluiz (1999); Deluiz (1996), entre outros.

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: 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: 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: 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 & Deluiz, 1999: 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 & Deluiz, 1999: 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: 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.

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, 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 inteiramente 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 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 imaterial 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”.⁷

⁷ 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%>>.

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 saúde⁸ que privilegiam o processo de trabalho centrado no usuário e que demandam do trabalhador solidariedade, humanização, capacidade de

⁸ 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 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: 52-53).

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

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: 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: 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.: 4), restaria aos trabalhadores “apenas um conceito reinterpretado e dolorosamente inadequado de qualificação: uma habilidade específica, uma operação limitada e repetitiva” (Braverman *apud* Vieira & Garcia, s.d.: 4). Na opinião de Castro (1992: 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’.⁹

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: 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 valor 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: é também o âmbito de formação do consentimento e esfera política e ideológica “de reprodução das relações sociais e de experiências dessas relações” (Castro & Guimarães, 1991: 2). A esse respeito, afirma Meiksins (1996: 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

⁹ 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 consequente desqualificação do trabalhador. Apesar da evidente simplificação, nenhuma outra teoria rivalizou em abrangência e generalidade” (Castro & Guimarães, 1991: 1).

de produção. Em *Manufacturing consent* [1979], ele desenvolve uma visão do processo de trabalho moldada na dialética dos esforços capitalistas de direção dos 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: 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: 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: 45 – grifos da autora), isso implica:

- d) 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 so-

ciais, sustentadas em *representações* subjetivas – conviventes e concomitantes com a produção de bens (...).”

- e) “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”.
- f) 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”.
- g) 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: 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: 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: 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: 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.

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. & 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. & 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, A. H. 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 & Sociedade*, 19(64): 13-49, 1999.

MARKERT, W. Trabalho e comunicação: reflexões sobre um conceito dialético de competência. *Educação & 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. & 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. & 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. & WACHENDORFER, A. (Orgs.). *Mercado de Trabalho: obstáculos institucionais à produtividade*. São Paulo: Marco Zero, 1996.

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

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

Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República

Júlio César França Lima

Este artigo trata da regulamentação educacional e profissional das profissões em saúde, com ênfase nas profissões técnicas médias, desde o período colonial até o advento da República no Brasil. Comumente o uso da palavra regulamentação nas línguas de origem latina remete para a “ação ou efeito de regulamentar ou sujeitar determinados campos da atividade humana a regulamentos, normas, leis, regras explícitas, etc.” (Girardi, s.d.: 51). Aqui está sendo entendida como um aspecto relacionado à qualificação profissional dos trabalhadores, na medida em que a noção de qualificação em geral, e especificamente a qualificação profissional, se estabelece e se desenvolve a partir de uma relação social complexa.

Essa noção não se origina com o capitalismo, mas é a partir desse modo de produção da existência que a qualificação passa a ser quantificada. Em outras palavras, “as qualidades das pessoas passam a ser avaliadas economicamente, por meio de processos sociais de hierarquização que transformam essas qualidades em quantidades” (Tartuce, 2007: 48). É no período da manufatura que a matriz dos ofícios começa a desaparecer, surgindo a matriz das qualificações, a partir do processo de redução do trabalho complexo em trabalho simples. O primeiro caracteriza-se por ser um tipo de trabalho de natureza especializada, ou seja, que requer maior tempo de formação para a sua realização, ao passo que o segundo se caracteriza por ser de natureza indiferenciada, ou seja, dispêndio da força de trabalho que “todo homem comum, sem educação especial, possui em seu organismo” (Marx, 1988: 51). Na forma particular que assume o processo de trabalho e de produção no capitalismo,

ambos os conceitos são, ao mesmo tempo, produção de valor de uso e produção de valor.

Nesse movimento, o capital passa a hierarquizar, de acordo com as suas necessidades, as exigências da força de trabalho parcial,¹ tanto em função do uso da força e de maior ou menor habilidade necessária quanto da atenção mental requerida em cada operação manual. É um processo que vai destruindo a hierarquização pela perícia dos ofícios existentes até então na sociedade, criando uma hierarquia de qualificações, que se desdobra em uma hierarquização de salários, dividindo os trabalhadores em qualificados e não qualificados.

Dessa forma, o conceito de qualificação se complexifica, passando a designar, ao mesmo tempo, seja o aspecto hierárquico das estruturas sociais, produzindo as hierarquias profissionais, seja o julgamento social sobre o valor comparado dos trabalhos e das capacidades, produzindo as hierarquias salariais, ambas recobertas pelas avaliações sociais mais amplas. Diante disso, Naville (*apud* Tartuce, 2007: 52 – grifos do autor) vai dizer que a qualificação deve ser considerada fundamentalmente como uma “*uma relação entre algumas operações técnicas e a estimativa de seu valor social*”.

Como esse processo é concomitante ao que separa o trabalhador do produto do seu trabalho, surgirá uma diferenciação entre a qualificação do trabalhador e a qualificação do posto de trabalho. Consequentemente a escola, e não mais o espaço da produção, passa a ser – principalmente a partir da Revolução Industrial iniciada no final do século XVIII – o local de formação. Como nota Saviani (2007: 159),

[a] introdução da maquinaria eliminou a exigência de qualificação específica, mas impôs um patamar mínimo de qualificação geral, equacionado no currículo da escola elementar. Preenchido esse requisito, os trabalhadores estavam em condições de conviver com as máquinas, operando-as sem maiores dificuldades. Contudo, além do trabalho com as máquinas, era necessário também realizar atividades de manutenção, reparos, ajustes, desenvolvimento e adaptação a novas circunstâncias. Subsistiram, pois, no interior da produção, tarefas que exigiam

¹ Refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por diversos trabalhadores.

determinadas qualificações específicas, obtidas por um preparo intelectual também específico.

Assim, sempre definida pelas necessidades do processo produtivo, a formação para o trabalho passou a ser realizada tanto no âmbito das empresas quanto no interior dos sistemas de ensino, que sob a base comum da escola primária se bifurcaram em escolas de formação geral e escolas profissionais ou técnicas. Ao mesmo tempo, a divisão da sociedade entre proprietários e não proprietários dos meios de produção determinará uma concepção burguesa de educação que também divide os homens em dois campos:

aquele das profissões manuais para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitadas, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das profissões intelectuais para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade. (Saviani, 2007: 159)

É a partir desse enquadramento teórico-metodológico que estamos entendendo o processo de regulamentação educacional, assim como a regulamentação do exercício profissional das profissões em saúde. Longe de ser uma simples operação técnica, essas regulamentações estão envolvidas em processos históricos, sociais, políticos, econômicos, ideológicos e culturais pautados por confrontos travados entre grupos sociais divergentes no interior da sociedade e na relação capital-trabalho, mas que a extrapolam, pois que envolvem o reconhecimento ou valor social da atividade e também disputas entre categorias profissionais e, no interior das categorias, na definição de quem é (ou não) qualificado para exercer determinadas atividades em saúde. Como aponta Castro (1993: 217),

Cabe pensar que os padrões de qualificação são, a um só tempo, resultado e processo. Como resultado, eles se expressam em qualidade ou credenciais que os indivíduos são possuidores. Mas não se deve esquecer que esta aquisição é socialmente construída: ela resulta de processos artificiais de delimitação e classificação de campos, irredutíveis em sua riqueza empírica à mera escolarização alcançada ou aos treinamentos em serviço.

Cultura Escravocrata e Qualificação Profissional em Saúde

A formação para o trabalho no Brasil, atualmente designada educação profissional, tem uma longa trajetória que remonta ao período colonial-escravista. No contexto do capitalismo comercial que então se expandia para ‘lugares de além-mar’ – atraído inicialmente pela exploração econômica de madeiras extraídas pelos índios; depois pela agroindústria açucareira com a utilização de trabalho escravo, a partir da primeira metade do século XVI; e mais tarde pela exploração da atividade extrativa nas Minas Gerais, no século XVIII –, os estudos apontam para diversas iniciativas vinculadas ao processo de aprendizagem e regulamentação dos ofícios mecânicos² voltados para o trabalho manufatureiro e o trabalho em saúde no país (Cunha, 2000a; Martins, 2008; Pires, 1989).

Os primeiros registros da existência de oficiais mecânicos no período colonial revelam que estes vieram com as primeiras expedições com o objetivo de auxiliar na montagem do aparato da colonização, principalmente a partir de 1549.

Esses oficiais mecânicos estavam vinculados à Companhia de Jesus e o desempenho dos ofícios era de responsabilidade dos jesuítas. Na Companhia eles se dividiam em duas espécies de ofícios: os *ofícios domésticos comuns* e os *ofícios mecânicos* – alfaiates, sapateiros, pedreiros, barbeiros, ferreiros, torneiros, carpinteiros ou entalhadores, livreiros, encadernadores, agricultores, enfermeiros, cirurgiões, construtores navais e outros. (Martins, 2008: 29 – grifos da autora)

O aprendizado dos ofícios manufatureiros era desenvolvido na maioria das vezes no próprio ambiente de trabalho, sem padrões ou regulamentações, sem atribuições de tarefas próprias para os aprendizes, tal qual os organizados nos engenhos, na mineração, na construção naval e nos colégios dos jesuítas. Na outra ponta, destacam-se aqueles organizados como ofício-corporação, também denominados ofícios embandeirados ou ofícios-profissões – como os de carpinteiros, alfaiates, sapateiros, pedreiros, ferreiros e outros. Essa típica organização pautada pelo modelo corporativo da metrópole portuguesa, com suas regula-

² Refere-se ao trabalho manual ou à atividade considerada inferior e indigna dos homens livres, principalmente no âmbito de uma sociedade colonial-escravista, em oposição aos ofícios liberais considerados mais nobres e vinculados mais diretamente ao trabalho intelectual.

mentações e exigências de profissionalização, foi extinta pela constituição de 1824 do nascente império do Brasil.

A formação para o trabalho em saúde tem uma trajetória similar, mas detém especificidades. É similar no sentido de que a aprendizagem dos ofícios em saúde durante os três primeiros séculos da colonização brasileira (XVI-XVIII) ocorre majoritariamente no próprio ambiente de trabalho e/ou via tradição oral. Em contrapartida, diferentemente dos ofícios manufatureiros ou industriais, na sua maioria não se organizam em ofícios embandeirados, talvez “por serem praticados exclusivamente por escravos, como os de sangrador e de parteira” (Cunha, 2000a: 48).

O uso de mão de obra escrava (índio e negro) não foi exclusivo dos ofícios em saúde: ao contrário, generalizou-se no Brasil colonial. Por isso mesmo, o sistema escravocrata deixou profundas marcas na construção das representações sobre o trabalho no país. De uma atividade social e humana, todo e qualquer trabalho que exigisse esforço físico e manual passou a ser considerado um ‘trabalho desqualificado’, ‘coisa de escravos’, um ‘trabalho aviltante’, quando a exploração do escravo é que o era. A cultura escravocrata afastou os homens livres do trabalho manual, mesmo aqueles mais próximos dos escravos, como os mestiços e brancos pobres, ao mesmo tempo que determinou que algumas corporações baixassem normas rigorosas impedindo o emprego de escravos, procurando assim ‘branquear’ o ofício e eliminar as ambiguidades de classificação social.

Portanto, a aprendizagem sistemática de ofícios manufatureiros, assim como dos ofícios das artes de curar, não tomou, na Colônia, a forma escolar. Em outras palavras, não havia escolas formais para habilitar uma pessoa nos diversos ofícios então existentes. A formação se realizava pelo sistema mestre-aprendiz, que se caracterizava por ser um processo não sistemático, a partir do trabalho de um jovem aprendiz junto ao seu mestre, no próprio local de trabalho, com seus próprios instrumentos, ajudando-o em pequenas tarefas que lhe são atribuídas de acordo com a lógica da produção. Dessa forma, aos poucos, o aprendiz vai dominando o ofício ou a arte de curar segundo o tempo de formação prática (Cunha, 2000a; Pires, 1989; Manfredi, 2002).

Em relação à regulamentação profissional dos ofícios em saúde, o sistema existente durante todo o período colonial-escravista reproduzia

aquele da metrópole portuguesa. O candidato interessado era examinado por uma banca, composta de físicos e cirurgiões licenciados em Portugal. “Os barbeiros eram examinados e licenciados para atos específicos, como: sangria, sarjação, aplicação de ventosas e arrancamento de dentes” (Pires, 1989: 33). Baseada na Carta Régia de 9/11/1629, emitida pelo cirurgião-mor do reino de Portugal para o licenciamento de barbeiros, sangradores, cirurgiões e parteiras, entre outros, Carvalho (2003) diz que para se submeter ao exame o candidato tinha que comprovar dois anos de prática e pagar uma taxa para os examinadores e outra pela carta de licença. Machado e colaboradores (1978) referindo-se à habilitação dos ‘cirurgiões práticos’ afirmam que era exigido do candidato comprovação de serviço durante alguns anos no hospital da Santa Casa de Misericórdia, ou o acompanhamento de algum médico, além da realização dos exames. Em todos os casos, segundo Carvalho (2003), se aprovado, a documentação era encaminhada para Lisboa, a fim de ser emitida a licença pelo cirurgião-mor.³ No país, apenas no século XVIII é criada uma representação institucional com a criação do cargo de comissário. É a partir dessa época que se começa a colocar em prática o ‘Regimento do Físico-Mor do Reino’, que estabelece as atividades do físico e do cirurgião-mor, bem como a nomeação de juntas examinadoras para concessão de ‘cartas de examinação’.

Nessas condições, Carvalho (2003) e Pires (1989) concordam que a regulamentação profissional no Brasil Colônia existia apenas oficialmente. Além de ser um processo demorado e acessível somente àquele que auferia rendas para se habilitar, na prática não havia fiscalização. Os físicos – os médicos da época –, em número reduzido, residiam nas principais vilas e cidades atendendo nos domicílios a quem podia pagar, e existiam inúmeros praticantes ilegais que eram reconhecidos socialmente a depender dos sucessos e insucessos da sua prática.

Além da precariedade da fiscalização exercida pela pouca penetração em todo o território e pela pouca disponibilidade de profissionais qualificados formalmente, [o reconhecimento social], a respeitabilidade e o crédito popular no profissional

³ Em Portugal, o cargo de cirurgião-mor foi criado em 1260. Em 1392, foi criado o de físico-mor. Entretanto, apenas em 1430 um alvará assinado por D. João I regulariza o exercício da medicina clínica e determina que para exercer a profissão era necessário obter autorização do físico-mor. De início, ao cirurgião-mor cabia a fiscalização do exercício dos físicos e cirurgiões e chefiar os cirurgiões da tropa. Depois o físico-mor assumiu a responsabilidade pela fiscalização da medicina clínica e farmácia, bem como pelo exame dos postulantes ao título e a expedição do diploma de habilitação (Pires, 1989).

não se davam pelo fato de ele possuir ou não a carta de exame ou diploma legal e sim pela constatação da eficiência da prática exercida, chegando até a ocorrerem manifestações populares, demonstrando a sua preferência aos práticos ou entendidos, mais que aos diplomados. (...) Estes fatos levantam a questão do papel terapêutico da relação terapeuta-cliente, em que o crédito popular nos práticos vinha da confiança que inspiravam no grupo social do qual faziam parte, do conhecimento mútuo da realidade do grupo e da constatação da eficiência das técnicas e medidas empreendidas por eles. (Pires, 1989: 45)

Durante o período colonial-escravista havia pouca relação entre os diversos ofícios em saúde; eles eram independentes um do outro, inclusive exercendo ações que não eram somente as definidas como típicas do seu ofício, mas de acordo com as necessidades. Os cirurgiões-barbeiros, por exemplo, os maiores concorrentes dos físicos, podiam ser físicos, barbeiros, cirurgiões, enfermeiros, boticários, dentistas ou parteiros. Já existia uma divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, ou entre físicos e os outros ofícios. Os primeiros, formados em Portugal e Espanha, praticavam a clínica e o exercício liberal da medicina, tinham maior *status* e poder determinado pela articulação social que estabeleciam com o clero, os grandes proprietários de terra e a incipiente burocracia estatal. Ademais, eram detentores de um saber teórico filosófico-místico-universalista estruturado nas mesmas bases das escolas europeias, com direito de emitir parecer sobre as ações de todos os demais praticantes. Os segundos, que representavam a grande parcela dos praticantes de saúde, licenciados (ou não) em Portugal ou no Brasil, frequentemente não tinham nenhuma escolaridade, eram de origem social baixa, havendo escravos e pretos forros entre eles, e exerciam ações de base operacional e manual,⁴ mas acabavam praticando toda a medicina em razão da escassez de físicos. Para Cunha (2000a: 22) “[competindo] com os médicos (formados em faculdades), diminuíam o prestígio destes, conspiravam contra sua pretensão de remuneração ‘compatível’ com sua formação e dificultavam o reconhecimento social do saber obtido na Europa (...)”.

⁴ Lidavam com o sangue e exerciam atividades que tocavam e cortavam o corpo, tais como, consertar pernas quebradas, drenar pústulas, cuidar das doenças de pele, aplicar ventosas e sanguessugas, realizar sangrias, tirar dentes etc.

Segundo Pires (1989: 49), se na hierarquia valorativa da época, as ações dos cirurgiões têm menos valor que o tratamento clínico veiculado pelos físicos, o que ocorre na prática é que “não [havia] diferença de estatuto científico entre as técnicas empregadas pelos jesuítas e pelos físicos e cirurgiões”. Ou seja, a escolha por eles de um ou outro procedimento técnico se dava em bases empíricas; era a experimentação que determinava a utilização de uma ou outra terapêutica.

No século XIX esse quadro começa a se modificar em razão do progressivo desenvolvimento das forças produtivas e particularmente da relação entre Estado, sociedade e medicina. Esse período pode ser caracterizado como um momento de formação do Estado nacional, de transição de uma sociedade colonial-escravista para uma sociedade baseada no trabalho livre. A partir de 1830, o café se torna o principal produto de exportação e com a extinção do tráfico de escravos em 1852 o abastecimento de mão de obra teve que se fazer no próprio mercado interno, assim como abriu caminho para a promoção da imigração de europeus. Da mesma forma, o fim do tráfico “liberou capitais que deram origem a bancos, manufaturas, empresas de navegação a vapor e outros negócios” (Cunha, 2000a: 103). A expansão da cafeicultura diante da escassez de mão de obra obrigou a mecanização da lavoura, tanto difundindo a utilização de máquinas agrícolas provenientes dos EUA como incentivando a sua produção interna. A mecanização tanto permitiu ampliar a área plantada de café, mantendo fixo o número de escravos, assim como contribuiu para a mudança nas relações de produção.

No âmbito internacional, as economias capitalistas centrais – Inglaterra, principalmente, mas também a França – a partir da II Revolução Industrial⁵ lançaram-se vorazmente à conquista de novas fontes de matérias-primas e novos mercados para seus produtos e capitais. O capital mercantil deixava de ser gradativamente o aspecto dominante das relações internacionais para ser determinado pelo capital financeiro. Uma das primeiras formas de exportação de capitais foram os empréstimos do capital inglês somando-se a isto os investimentos diretos principalmente no setor serviços. Era preciso modernizar as economias

⁵ O que alguns denominam como II Revolução Industrial, que se desenvolve nos últimos trinta anos do século XIX, não foi ensejada pela mera engenhosidade mecânica, mas por uma tecnologia baseada na aplicação direta da ciência e da pesquisa científica, transformando, ela mesma, em uma mercadoria comprada e vendida como outros implementos e trabalhos de produção.

periféricas para responderem aos novos fluxos de matérias-primas e produtos industrializados requeridos pela acumulação do capital em escala mundial.

No Brasil, ao longo da segunda metade do século XIX, essas transformações na economia mundial tiveram influência marcante sobre os rumos da economia brasileira e da sociedade colonial-escravista, com destaque para a abolição do tráfico negreiro e para as crescentes pressões sociais e políticas, a partir de 1880, à universalização do trabalho livre. O Rio de Janeiro se ‘moderniza’,⁶ chegando à década de 1870, época áurea da expansão da plantagem escravista de café do Vale do Paraíba, que a partir desse momento se desloca para o Oeste Paulista, como a cabeça política do país e, indiscutivelmente, um grande empório comercial e financeiro.

Mas o lado avesso dessa ‘modernidade’ era uma cidade pestilenta e suja. Inúmeras epidemias atingiram o Rio de Janeiro desde 1828, tais como a de febre Macacu (1828-1835), a varíola (1834-1835), a gripe (1835), a febre tifoide (1836) e o sarampo (1934-1935). Durante 59 anos, a febre amarela assolou a capital, assumindo, em certos momentos, dimensões de verdadeira hecatombe. A primeira grande epidemia, com grande número de vítimas, parece ter ocorrido no período que vai de dezembro de 1849 a setembro de 1850 e, desde então, não deixou de fustigar a cidade. Soma-se a isso, as epidemias de cólera-morbo em 1855, 1867 e 1868, uma imensa epidemia de varíola em 1865 e, na passagem do século XIX para o século XX, surge o primeiro caso de peste na Capital Federal.

Essas ocorrências epidêmicas determinarão uma intervenção no espaço urbano-social que é característica do projeto de medicina social da segunda metade do século XIX – um projeto que visava à transformação desse espaço para eliminar as causas de doença e à “construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; intervenção anterior à doença, ação que abrange toda a sociedade e não apenas os doentes; criação de espaços terapêuticos e não de espaços de exclusão” (Machado *et al.* 1978: 82).

⁶ Pode-se citar como exemplos: a constituição em 1855 da Companhia Estrada de Ferro D. Pedro II, que inauguraria seu primeiro trecho em 1858; as obras de infraestrutura realizadas no porto do Rio de Janeiro, em meados da década de 1870, introduzindo a máquina a vapor nos serviços portuários; a constituição de linhas de carris urbanos para o transporte de cargas, bem como a instalação de serviços de água e esgotos na cidade (Benchimol, 1992).

É um período em que o trabalho de saúde pública intensifica suas ações sobre o meio ambiente, configurando o que Fontenelle (1922: 239) vai denominar a fase da engenharia sanitária, na qual a higiene vivia “às voltas com o mefitismo telúrico e absorta com a água, o ar e o solo, neles buscando a causa das moléstias”, anterior à ‘era dos micróbios’ baseada na teoria dos germes. Para esse projeto de medicina social era fundamental a construção de barreiras para o livre exercício da medicina, cirurgia e farmácia que então vigorava. Sob essa lógica, a medicina social só poderia agir sobre a sociedade e controlar a saúde pública se fosse capaz de circunscrever esse exercício a pessoas com a mesma formação e visão unitária sobre os problemas de saúde: “Controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda” (Machado *et a.* 1978: 164).

O trabalho hospitalar tende a se modificar na medida em que hospital também se transforma deixando de ser uma casa de exclusão para se tornar uma casa de cura ao final do século XIX. O saber abstrato e enciclopédico que então dominava a formação médica foi progressivamente substituído por um saber operativo e pela técnica, que elimina aos poucos o antagonismo entre método e experiência prática, ao mesmo tempo que transforma o hospital em centro de ensino e de atenção à saúde. A substituição definitiva ocorre em 1884, quando o modelo germânico de escola médica, baseado na ciência experimental e no método racional, se implanta instituindo o positivismo científico nessas escolas brasileiras (Nogueira, 2007; Pires, 1989).

As mudanças operadas na sociedade brasileira durante os oitocentos estão na base da criação de um novo aparelho escolar. Com a chegada da família real, em 1808, as primeiras instituições de ensino abertas no Rio de Janeiro e Bahia destinavam-se ao ensino superior, nas áreas de medicina, engenharia militar e história natural. Isso se explica pelas necessidades estruturais do país, na medida em que para garantir o desenvolvimento econômico e o comércio com o exterior, principalmente com a Inglaterra, era fundamental “equipar as cidades, controlar a natureza, sanear o meio ambiente e controlar as epidemias” (Pires, 1989: 64), que tornavam o país uma ameaça para os estrangeiros e a corte recém-instalada.

Paralelamente, o Estado começou a desenvolver um outro tipo de ensino, independente do ensino secundário, “com o objetivo específico

de promover a formação da força de trabalho diretamente ligada à produção: os artífices para as oficinas, fábricas e arsenais” (Cunha, 2000a: 71). Após a Independência, em 1822, ampliou-se o número dos arsenais de guerra e em todos eles havia menores aprendendo ofícios artesanais e manufatureiros que atendiam as necessidades das corporações militares, mas também as necessidades das manufaturas civis. A partir da segunda metade do século XIX, outras iniciativas se desenvolvem, tais como, as casas de educandos artífices e/ou asilo dos meninos desvalidos, criadas e mantidas por governos provinciais; a abertura dos liceus de artes e ofícios em diversas províncias por iniciativa de sociedades particulares, mas que dependiam para sua manutenção de importantes subsídios governamentais; os cursos de artífices, ou destinados às ‘artes mecânicas’, criados na Academia de Belas-Artes no Rio de Janeiro; e finalmente a Escola Industrial que funcionou no período de 1873-1892.

De acordo com Cunha (2000b), enquanto as instituições criadas pelo Estado se voltavam para a formação compulsória da força de trabalho manufatureira destinada aos miseráveis e desvalidos em geral, como os órfãos, pobres e expostos da Santa Casa de Misericórdia, as iniciativas de particulares destinavam-se ao aperfeiçoamento dos trabalhadores livres. Além da função econômica, manifesta na ideia de que a condição para a instalação de fábricas era a oferta de força de trabalho qualificada, a aprendizagem de ofícios cumpria mais duas funções: político-ideológica e moralizadora. A primeira visando evitar o desenvolvimento de ideias contrárias à ordem política e apresentando esse tipo de ensino como obra de caridade. A segunda visando à emulação da disciplina, da obediência, da ordem e da hierarquia.

No âmbito da saúde, em 1808, foram criados os cursos médico-cirúrgicos na Bahia e no Rio de Janeiro, primeiro passo para a unificação da medicina, e em 1809, o curso de partos. Inicialmente, esses cursos eram realizados nas dependências dos hospitais militares em ambas as cidades, depois foram transferidos para as dependências dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

A criação de escolas para a formação de clínicos e cirurgiões marca o processo de institucionalização da medicina no Brasil, isto é, a prática da atenção aos doentes e feridos passa a ser considerada incumbência de profissões estruturadas e reconhe-

cidas pelo Estado, com normatização que regula a formação e disciplina o exercício profissional. Começa a ser necessária a discussão de um modelo de formação e o estabelecimento de um saber reconhecido oficialmente. (Pires, 1989: 67)

Além disso, com a transferência da corte para o Brasil, houve um movimento importante para regularizar a situação dos diversos praticantes das artes de curar. Várias licenças foram expedidas para cirurgiões, barbeiros e sangradores. Em 1809, representantes do cirurgião-mor foram para várias regiões do reino para regulamentar e fiscalizar a cirurgia e ramos afins, com isso ampliando o número de praticantes licenciados. Analisando os ofícios de saúde no século XIX, Figueiredo (*apud* Carvalho, 2003) relata a existência de uma certa hierarquia social decorrente da posição social dos praticantes e do tipo de atividade que exerciam. Como a maioria dos barbeiros, sangradores e dentistas eram de libertos e escravos e ainda exerciam atividades caracterizadas pelo trabalho manual, tendo um prestígio social mais baixo que dos cirurgiões, e estes mais baixo do que dos médicos e farmacêuticos: “Essa hierarquia vai se perpetuar por todo século XIX, acentuando a diferença entre cirurgiões e barbeiros, pela aproximação dos primeiros aos médicos” (Figueiredo *apud* Carvalho, 2003: 104).

Com a modernização concomitante da economia e da sociedade, modificam-se os costumes, e o saber passa a ser valorizado, ganhando os médicos, engenheiros e bacharéis de Direito grande prestígio social. No decorrer dos oitocentos, diante do quadro epidêmico que assola a Capital Federal, a medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais visando ao controle do Estado, isto é, como uma estratégia de controle médico do conjunto da sociedade. “A medicina proporá, através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo” (Luz, 1982: 33).

A partir desse momento, a prática liberal vai cedendo espaço à vinculação institucional nas escolas, nos hospitais, nas associações médicas e na organização estatal de serviços de saúde pública, estreitando cada vez mais a relação da medicina com o aparelho de Estado até sua participação efetiva no início dos novecentos com Oswaldo Cruz. A institucionalização do trabalho médico no espaço hospitalar, até então muito tênue, ocorre

sob muitos conflitos e disputas, que decorrem da mudança no processo de trabalho no seu interior. O processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência e dos médicos como seus legítimos representantes, que buscam exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho dos seus praticantes, vai configurando a divisão social e técnica no trabalho hospitalar com isso criando o trabalhador coletivo, ao mesmo tempo que transforma as outras práticas em profissão auxiliar retirando a independência anterior, tal qual das parteiras, dos ‘enfermeiros’, irmãs enfermeiras ou leigos treinados, e boticários, que passam a desenvolver parte do trabalho assistencial. Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, por exemplo, as disputas e os conflitos começam a ocorrer a partir do momento em que, por necessidade de campo para o exercício prático da medicina, em 1813, o governo imperial estabelece que suas enfermarias fossem utilizadas para esse fim. Pires (1989: 98) diz que

[uma] das principais causas do conflito na instituição [era] a aspiração de ‘enfermeiros e demais empregados subalternos da Santa Casa’ em tornar-se médicos ou cirurgiões, uma vez que até 1826 a lei permitia que indivíduos que tivessem frequentado um hospital durante alguns anos solicitassem à Junta do Promedicato ou mais tarde ao físico e cirurgião-mores exame de habilitação e expedição da carta de médico ou cirurgião.

Baseados na experiência prática, na tradição oral e no treinamento com os mais experientes, que caracterizava o ‘modelo das misericórdias’ de formação técnico-profissional,⁷ os diversos práticos de saúde frequentemente descumpriam as ordens médicas, mudavam as dosagens de medicamentos prescritos, as receitas e discutiam os diagnósticos, pois do ponto de vista das medidas práticas não havia diferenças no tipo de intervenção terapêutica. A diferença fundamental que existia era o “espaço social ocupado pelos médicos, que a partir daí conseguem fazer valer pela força, pela maior articulação com o Estado e pela legislação a sua supremacia no setor” (Pires, 1989: 102), principalmente após a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em Academia Imperial de Medicina, em 1835.

Sob a inspiração da medicina francesa essa sociedade estabelece um duplo objetivo para a medicina social brasileira: a saúde pública e a defe-

⁷ Entendida aqui como atividade de treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para aplicação direta na produção dos serviços.

sa da ciência médica. O primeiro está vinculado à luta pela criação ou reformulação dos regulamentos sanitários e pelo controle de sua aplicação por médicos; pela mudança de costumes; pela intervenção nos hospitais, presídios e lugares públicos; pelo controle da venda de medicamentos; pelo estudo das epidemias, endemias e doenças infectocontagiosas; pela criação de lugares de consultas gratuitas aos pobres, entre outros. O segundo objetivo diz respeito à luta pela uniformização do saber médico, por uma medicina baseada na observação, pela radical oposição a outras formas de cura que escapavam ao controle dos médicos, agrupadas sob o rotulo de charlatanismo. Em outras palavras, “a temática do controle do saber (...) vincula-se portanto ao objetivo de controle do exercício da profissão. Controla-se o ensino para que a prática só seja franqueada a quem tem competência comprovada” (Machado *et al.*, 1978: 192).

Com a lei de 9 de setembro de 1826, sancionada por Pedro I, as escolas, então chamadas de academias médico-cirúrgicas, passam a ser responsáveis pela aprovação do exercício da medicina e da cirurgia, prerrogativa até então sob a responsabilidade do físico e cirurgião-mor do Império, cargos definitivamente extintos com a lei de 30 de agosto de 1828, que atribui às câmaras municipais os serviços de higiene e saúde pública, bem como as funções que cabiam aos titulares desses postos. Assim, coube aos vereadores e professores/mestres contratados por eles a fiscalização do exercício dos físicos, cirurgiões, boticários, sangradores, barbeiros e parteiras, bem como o licenciamento e registro e a imposição de multas por irregularidades. As câmaras municipais continuaram a deter esses poderes, especialmente nas povoações onde não residissem físico ou cirurgião diplomado, mesmo após 1832, ano em que as escolas de medicina passam a deter plenos poderes de titulação e fiscalização (Carvalho, 2003).

Sob orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro é elaborada e aprovada a lei de 3 de outubro de 1832, sancionada por Pedro II, que unifica a medicina, transforma as escolas em faculdades de medicina e concede autorização para emitir os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira, assim como determina a proibição do ofício de sangrador. Além disso, as faculdades passam a deter o poder de fiscalizar o exercício profissional, emitindo regulamentos e normas disciplinares aos médicos, cirurgiões, boticários e parteiras. Essa lei explicita também

que só quem pode curar, ter botica ou partejar são os diplomados pelas escolas oficiais (Pires, 1989).

O duplo sistema de licenciamento, realizado pelas faculdades de medicina e pelas câmaras municipais das cidades e povoados brasileiros, será rompido a partir da criação da Junta de Higiene Pública pelo decreto n. 598 de 1850, que, para Machado e colaboradores (1978), representa o momento no qual o projeto de medicina social recebe sua formulação institucional visando à higiene pública e à normalização da medicina. O seu regimento estabelecido pelo decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851 determina que o registro dos diplomas dos médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e dentistas é de responsabilidade da Junta de Higiene, quando residentes na Corte e na província do Rio de Janeiro, ou nas suas representações nas demais províncias. Para ter validade, os diplomas deveriam ter no verso o visto do presidente da Junta.

O primeiro curso de parto iniciou-se em 1832. Para o ingresso, a candidata deveria ter 16 anos completos, saber ler e escrever e apresentar atestado de bons costumes, passado pelo juiz de paz da freguesia de residência. A lei de 1832 não definia o conteúdo e a duração do curso, nem os critérios de avaliação. Em 1854, o ingresso foi alterado exigindo a idade mínima de 21 anos, a aprovação nos exames de leitura e escrita, as quatro operações de aritmética, além de prova de francês. Para as mulheres solteiras exigia ainda autorização dos pais e para as casadas o consentimento dos maridos. A duração do curso foi definida em dois anos, durante os quais o aluno frequentaria a cadeira de partos do 4º ano médico e mais a clínica obstétrica da Santa Casa de Misericórdia. No ano de 1879, através do decreto-lei 7.427, houve nova alteração. Para ingressar no ‘curso de obstetrícia e ginecologia’ o candidato do sexo masculino deveria ter o mínimo de 18 anos e as mulheres entre 18 e 30 anos. Ao final do curso, para obter o título de parteiro(a) ou mestre em obstetrícia, o estudante deveria ser aprovado em português, francês, aritmética, álgebra e geometria.

As alterações ocorridas ao longo desse período, para Pereira Neto (2001), tornaram o acesso e a permanência nesse tipo de curso profissionalizante restritos a poucos, principalmente considerando que a maioria das parteiras leigas não sabiam ler nem escrever. O que se observa nesse processo é que o tempo de formação prática vai sendo substituído

progressivamente pelo tempo de formação escolar, na medida em que não se exigia para o ingresso nenhum conhecimento prévio ou habilidade específica acumulada nos anos de experiência, nenhuma prática comprovada do ato de partejar. Para o autor, “a parteira que os médicos queriam ver formada deveria ser originária das camadas sociais possuidoras de um capital cultural suficiente para ser aprovada nos exames de ingresso e de habilitação” (Pereira Neto, 2001: 82). Nesse sentido, essas medidas representam uma estratégia de segregação social ou desqualificação das parteiras leigas, ao mesmo tempo que revelam os interesses dos obstetras, ginecologistas e pediatras em controlar o ato de partejar e o mercado de serviços de saúde.

Em 1856, através do decreto n. 1.764, a faculdade de medicina é autorizada a realizar exames de capacidade para os candidatos à profissão de dentista, exigindo dos futuros profissionais apenas um atestado de moralidade para se submeter ao curso. A denominação dentista, reconhecida e regulamentada pelo regimento de 1851 da Junta de Higiene Pública, passa a fazer parte do rol dos ofícios de saúde e com o tempo passa a designar não somente aqueles que fazem extração dentária, mas principalmente “aqueles que se dedicavam à dentisteria, demonstrando a construção de uma identidade profissional, que posteriormente vai reclamar para si a exclusividade do campo da boca, retirando dos barbeiros [e cirurgiões] o direito de ‘tirar dentes’” (Carvalho, 2003: 106). Em 1884, pelo decreto n. 9.311, de 25 de outubro de 1884, as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia instituem o curso de odontologia. Esse decreto extingue os exames de capacidade, passa a exigir dos candidatos exames de matérias preparatórias (português, francês, inglês, aritmética e geometria) e substitui o título de dentista pelo de cirurgião-dentista.

Apesar de deter, à época, um *status* social inferior à profissão médica e farmacêutica, em decorrência da concorrência de barbeiros e cirurgiões, para Carvalho (2003: 111), as possíveis explicações para a incorporação da ‘arte dentária’ no rol das ocupações sanitárias com os mesmos preceitos legais daquelas profissões se devem:

- (i) primeiro, à tradição, ou seja, ao fato de que no Brasil, todos os ofícios e atividades relativas à arte de curar já vinham sendo regulados, em conjunto, desde os tempos da Colônia, inclusive as extrações dentárias; (ii) segundo, ao fato de terem os dentistas (titulados) elegido o Estado e as elites dirigentes

como principais audiências na arena da opinião pública; (iii) e, terceiro, à influência exercida pelos dentistas estrangeiros, especialmente os norte-americanos que, nesse período, já dominavam a odontologia ocidental (especialmente em relação às técnicas e fabricação de artigos e insumos odontológicos), tendo desenvolvido um modelo de profissão independente, elevando seu *status* e importância social.

Portanto, a partir da década de 1830, ao mesmo tempo que a medicina ‘canta o seu louvor’, isto é, defende as vantagens do reconhecimento da ‘verdadeira medicina’ e a importância do médico e suas virtudes, cria-se o charlatanismo como desvio. O seu saber e sua prática se impõem à população e aos demais ofícios como científico, verdadeiro, único, objetivo, neutro e superior e concomitantemente anexa e controla a formação nas áreas de farmácia, odontologia e parto.

Ao mesmo tempo que a medicina enquanto medicina social oferece ao Estado seus préstimos no combate às epidemias, na elaboração da legislação, distribuição da justiça, urbanização, cobra dele a luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde. (Machado *et al.* 1978: 199)

Daí em diante, assim como aconteceu no âmbito das sociedades europeias, a partir do desenvolvimento da noção de *Medizinichepolizei* ou polícia médica na Alemanha (1764), o combate ao ‘charlatanismo médico’ e a sua contraparte – a formação de médicos competentes – foram peças fundamentais para a consolidação da prática médica e o controle do ‘mercado’ da arte da cura, assim como para o fortalecimento do poder do Estado nacional. Nessa medida, as diversas práticas terapêuticas exercidas por sangradores, curandeiros, mezinheiros, benzedeiros, barbeiros, algebristas (consertadores de ossos), cristeleiras (aplicadores de clisteres), tiradentes, empíricos e outros passam a ser consideradas ilegais ou fraudulentas.

De maneira geral, pode-se entender a questão da (des)qualificação dos trabalhadores técnicos de saúde como a história da progressiva incorporação de ofícios (saberes), outrora independentes, pela medicina, que passa a delegar determinadas atividades a outros trabalhadores

ao mesmo tempo que mantém o controle sobre o trabalho em saúde. Porém, tendo em vista que esse processo está vinculado à ascensão de novas formas de olhar e intervir dos ‘modelos tecnológicos de saúde’ – medicina social/saúde pública e medicina hospitalar –, resultantes da interação entre os resultados do processo de conhecimento e as determinações de diversas ordens advindas da prática social, também pode ser visto como um processo que ao longo do tempo vai eliminando, criando e recriando ocupações segundo as necessidades de saúde socialmente colocadas (Gonçalves, 1994; Lima, 1994).

Todavia, Edler (2010) menciona que durante o período do Império luso-brasileiro, médicos, cirurgiões e boticários diplomados eram uma ínfima parcela dessa vasta comunidade terapêutica e o acesso a eles era quase prerrogativa dos brancos ricos. A imensa maioria da população, formada por pobres e escravos, não só recorria aos terapeutas populares, como fazia uso dos remédios caseiros produzidos com ervas medicinais e outros produtos recomendados ou administrados por curandeiros, mezinheiros, barbeiros e sangradores. Nem a abertura do curso de partos impediu também que as parteiras leigas continuassem a exercer o seu ofício nos bairros periféricos, nas regiões rurais e mesmo nos centros urbanos, sendo reconhecidas socialmente e frequentemente requisitadas pelo trabalho que realizavam (Pereira Neto, 2001). A perseguição aos terapeutas populares, entretanto, recrudesciu a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra essas práticas de cura nos principais centros urbanos. Em 1890, sob a influência da Academia Nacional de Medicina (ex Academia Imperial de Medicina), o charlatanismo é proibido e definido como crime no Código Penal da nascente República.

Apesar dessa proibição, a Constituição de 1891, no § 24 do artigo 72, determinará que “[é] garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial”, no país. Para Cunha (2000b: 6), essa determinação concilia, à época, “antigos projetos liberais de secularização e descentralização do ensino com as propostas positivistas de desligar o exercício das profissões dos privilégios concedidos pelos diplomas escolares”. Para os positivistas, os diplomas escolares não garantiam o mérito profissional, nem o ensino das melhores técnicas. Propunham assim a abolição dos privilégios dos diplomados, contrapondo-se aos interesses corporativistas de médicos,

engenheiros e advogados que detinham o monopólio profissional garantido pelos diplomas. Entretanto, “[entre] o reconhecimento da liberdade absoluta e o reconhecimento do direito de o Estado restringir essa liberdade, quando essa se ‘opusse aos costumes públicos, à segurança e à saúde da população’, foi essa última que prevaleceu” (Carvalho, 2003: 115).

Na verdade, no debate travado à época entre credencialistas (partidários da titulação acadêmica para o licenciamento) e anticredencialistas (defensores do livre exercício profissional), preponderou a interpretação dada pela jurisprudência dos tribunais de que o §24 do artigo 72 da Constituição de 1891 queria dizer apenas que cada indivíduo tinha plena liberdade de escolher uma profissão ou emprego, mas que o Estado tinha o direito e o dever de zelar pela segurança e saúde pública. Portanto, constitucionalmente o Estado deveria regular as profissões.

Essa posição prevaleceu mesmo após a reforma de ensino de inspiração positivista decretada pelo ministro Rivadávia Corrêa, em 1911, que tentou tornar livre o exercício de todas as profissões, possibilitando, de um lado, a criação de inúmeras escolas particulares, também chamadas escolas livres, e, de outro, o licenciamento profissional independente de credenciamento. Tal liberdade profissional gerou inúmeros processos nos tribunais, entre outros motivos, porque eram concedidas licenças para o exercício de atividades sanitárias independente de diplomas e registros. Essa liberdade foi abolida com a reforma de 1915 que propunha a adoção de barreiras de entrada ao ensino superior, estabelecendo normas para a fiscalização federal sobre as escolas particulares e para a equiparação das escolas livres e estaduais às escolas oficiais, mantidas pela União – mecanismos que foram reforçados pela reforma Rocha Vaz, em 1925 (Cunha, 1980). A não equiparação dessas escolas às escolas oficiais em termos de currículos, exames vestibulares, qualificação do corpo docente e adequação de material didático, a partir de 1930, impedirá o registro dos diplomas dos egressos dos cursos de odontologia, enfermagem e farmácia, que engrossarão a fileira dos denominados ‘práticos de saúde’ (Carvalho, 2003; Lima, 2010).

Os ‘Práticos de Saúde’ no Contexto da Primeira República

A questão dos ‘práticos de saúde’ se exacerba durante a Primeira República, ou República Velha (1890-1930), e não se trata apenas de

uma discussão que se trava no interior da corporação médica ou entre esta e outras corporações, mas diz respeito principalmente às disputas que ocorrem no interior de diversas corporações profissionais que então se organizam para estabelecer quem é (ou não) qualificado para exercer determinadas atividades de saúde, particularmente enfermagem, odontologia e farmácia. Ou seja, uma polêmica que se trava no campo do controle do saber (regulamentação educacional) e da prática profissional (regulamentação profissional) que define nesse âmbito a luta mais ampla entre trabalho intelectual e trabalho manual no interior dessas áreas.

Essa discussão ocorre em um contexto marcado por três processos sociais e econômicos que se combinam e acabam determinando mudanças importantes na estrutura social, com repercussões nas áreas da saúde e educação, particularmente a educação profissional: a imigração estrangeira, a urbanização e a industrialização. Concomitantemente, esses processos estão na base de movimentos sociais e sindicais urbanos que abrem uma nova fase na história do país e que determinam a partir dos anos 20, principalmente, que a saúde e a educação sejam alçadas ao primeiro plano das políticas sociais.

Entre 1887-1930 entraram no país 3,8 milhões de imigrantes, na sua maioria italianos e portugueses, que se dirigiam principalmente para São Paulo em razão das facilidades concedidas pelo governo e da maior oferta de trabalho desencadeada com a expansão da cafeicultura. Em 1902, o porto de Santos já exportava o dobro da produção de café da Capital Federal, apesar de esta concentrar ainda a produção industrial e ser o mais importante centro financeiro do país. Sua produção industrial, constituída então por estabelecimentos manufatureiros e pequenas unidades artesanais com escassa divisão do trabalho e quase nenhuma mecanização, exceto o setor de fiação e tecelagem mais dinamizado, supera a de São Paulo, tanto em número de empresas como de capital empregado, força motriz utilizada ou número de operários contratados. Essa situação só se inverte a partir de 1920, quando São Paulo se torna o maior centro industrial brasileiro, com 31% do valor da produção nacional, chegando ao final dessa década com um número quatro vezes maior de empresas do que o Rio de Janeiro e o dobro do capital empregado na indústria. Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a interrupção do suprimento de produtos importados favoreceu a transformação das oficinas de reparação em fá-

bricas de máquinas e equipamentos, e a partir de 1920, sob forte incentivo do governo paulista houve importantes investimentos na produção de aço e cimento. Mais que isso, pode-se dizer que o primeiro conflito mundial, ao incentivar a substituição de importações de produtos industrializados, criou condições favoráveis para a decolagem do processo de industrialização no Brasil (Cunha, 2000b; Benchimol, 1990; Decca, 1991).

Aliás, a ideologia do industrialismo, isto é, a concepção que considerava a indústria sinônimo de progresso, emancipação econômica, independência política, democracia e civilização, segundo Cunha (2000b), está na base do que se considera a iniciativa mais importante em matéria de ensino profissional durante a Primeira República: a criação de dezenove escolas de aprendizes artífices pelo presidente Nilo Peçanha, através do decreto n. 7.566, de 23 de setembro de 1909. Essa iniciativa configura, à época, o primeiro sistema educacional de abrangência nacional que vai culminar, nos anos 40, na criação das escolas técnicas federais.

Entretanto, apesar de vinculadas ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, então responsável pelos assuntos relativos ao ensino profissional não superior, Cunha afirma que a formação de força de trabalho qualificada para enfrentar as exigências do processo de industrialização não era o seu objetivo principal. O fundamental era que o ensino profissional deveria corrigir a ociosidade dos ‘desfavorecidos da fortuna’ e prevenir as ideologias políticas subversivas do movimento operário em ascensão, através dos ‘hábitos de trabalho profícuo’. Pensava-se que assim “a eliminação do antagonismo entre o capital e o trabalho ficaria viabilizada” (Cunha, 2000b: 18).

Ao lado das dimensões político-ideológica e moralizadora das classes pobres, o ensino profissional também era visto como forma de combater o ‘bacharelismo’ que grassava entre a classe média, decorrente dos interesses dos latifundiários, que, para manter o prestígio familiar, queriam filhos doutores, e dos trabalhadores urbanos e colonos, que viam na escolarização a possibilidade de ascensão social por meio do ingresso em uma ocupação burocrática (Cunha, 1980).

Nesse contexto de crescimento e urbanização das cidades, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, de diversificação das atividades urbanas, da reunião cada vez maior de operários nas fábricas e empresas de serviços públicos, de unidades de produção maiores e com mais

intensa divisão do trabalho, os movimentos sindicais eclodem no país, sob inspiração política do socialismo e anarquismo. O primeiro Partido Socialista Brasileiro foi fundado em 1892. Em 1906, emulados pelas greves que então ocorriam em diversos setores, realizou-se no Rio de Janeiro o I Congresso Operário Brasileiro que aprova a organização da Confederação Operária Brasileira, de orientação anarquista, que veio a ser criada em 1908. Em 1907, ocorre a primeira greve geral na cidade de São Paulo. Em 1915, as diversas organizações anarquistas promoveram o Congresso Anarquista Nacional (Cunha, 1980). Entre 1917 e 1920, foram desencadeadas greves de grandes proporções, especialmente no Rio de Janeiro e São Paulo, com importante participação dos trabalhadores imigrantes, os quais trazem uma relativa vivência e experiência das lutas sociais de seus países de origem. Isso decorre do agravamento do custo de vida – conseqüente do contexto de guerra, aliado à condição proletária marcada por flagrante pauperismo – do amadurecimento das organizações políticas dos trabalhadores e da onda revolucionária protagonizada pela revolução socialista na Rússia.

Além dessa força social, ascendia também, no cenário político, as classes médias, nos grandes centros urbanos, oriundas da burocracia, do comércio, das pequenas empresas e do exército, que têm no movimento tenentista sua expressão política mais expressiva e organizada. Concretamente esse período será marcado por um ciclo de revoltas armadas, visando à tomada do poder, que culmina com a Revolução de 1930.

No transcurso dos anos 20, portanto, cresce o nível de reivindicações dos vários grupos sociais, e seus elementos mais organizados lideram vários movimentos que atingem desde o operariado até a nascente burguesia industrial. Apesar da repressão, a partir desse momento, a questão social estava levantada, e avança com a expansão da indústria e o crescimento do número de operários, não sendo mais possível ao Estado ignorá-la. Diante disso, por um lado, o Congresso aprova leis que permitem a repressão contra os estrangeiros, vistos como responsáveis pela ‘inoculação de ideias exóticas’ nos trabalhadores brasileiros, prevendo o fechamento de associações, sindicatos e outras entidades, o controle da entrada de estrangeiros no país e definindo normas para a expulsão dos aqui residentes. Por outro lado, o Estado oligárquico começa a intervir nas relações de trabalho, com a aprovação da lei de

acidentes de trabalho (1921), a lei Elói Chaves (1923), que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores das empresas de estrada de ferro, logo após estendida aos portuários e marítimos, e a lei de Férias (1925). A organização da Previdência Social no Brasil teve início com o sistema de CAPs, que nos anos 30 serão substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), responsáveis pela expansão da medicina previdenciária.

É na conjuntura turbulenta da década de 1920 que tanto a saúde como a educação são alçadas ao primeiro plano das políticas sociais. É a época das grandes reformas educacionais nos Estados, como a de Carneiro Leão no Distrito Federal, em 1922, e de Anísio Teixeira na Bahia, em 1924, assim como da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), pelo decreto n. 14.180, de 26 de maio de 1920, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Todos esses movimentos contaram com a participação ativa dos sanitaristas que sobem ao poder junto com Carlos Chagas no DNSP. A criação desse departamento notabilizou-se por importantes mudanças na prática estatal no campo da saúde coletiva e significou uma ampliação da iniciativa pública sobre problemas sanitários, assinalados no país durante as duas primeiras décadas do século XX.

A instituição incorporou ao seu espectro de atividades e responsabilidades, além dos serviços de saúde pública do Distrito Federal e da defesa sanitária dos portos, a cooperação com os Estados na profilaxia das endemias e epidemias rurais, das doenças venéreas e da lepra. Além disso, a saúde pública passa a cuidar da tuberculose, da educação sanitária, da higiene infantil, industrial e profissional. Finalmente, fica responsável pela regulamentação do exercício profissional na área de saúde, antes competência do extinto Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), criado em 1897.

Sob esse último aspecto, segundo o regulamento aprovado pelo decreto n. 15.003, de 15 de setembro de 1921, a fiscalização e o controle das profissões seriam responsabilidade da ‘Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia’, que estabelece permissão para o exercício das artes de curar, em todo o país, “aos que se mostrassem habilitados por título conferido pelas faculdades de medicina oficiais ou equiparadas, na forma da lei” (artigo 155).

Exceto os práticos de farmácia – que bastavam provar a sua habilitação perante uma comissão nomeada pelo inspetor geral para receber um certificado de habilitação, caso aprovado (§2º artigo 183) –, essa exigência era extensiva aos farmacêuticos, cirurgiões dentistas e parteiras, sendo condição para o exercício de qualquer profissional o registro do título ou licença no DNSP.

Mas, do ponto de vista da formação profissional em saúde, a grande novidade com a criação do DNSP foi a regulamentação da formação profissional em enfermagem, em 1923. Sob o argumento da necessidade de técnicos qualificados de nível médio para a área sanitária, o Estado brasileiro assume pela primeira vez a formação profissional de trabalhadores técnicos de saúde em bases completamente novas em relação às escolas existentes até então, vinculadas direta e imediatamente às necessidades do trabalho hospitalar e às necessidades de guerra, e dirigidas por médicos.

O decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, ao criar o Serviço de Enfermeiras subordinado à Diretoria Geral do DNSP, vincula a esse serviço uma Escola de Enfermeiras (artigos 379 e 385), organizada por enfermeiras norte-americanas e com financiamento da Fundação Rockefeller. Da mesma forma, o departamento passa a ser oficialmente responsável pela fiscalização da profissão e exige o registro do título para fins de exercício profissional.

No âmbito do setor saúde, a primeira escola criada exclusivamente para a formação de trabalhadores técnicos de saúde foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras⁸ no interior do Hospital Nacional de Alienados,⁹ pelo decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A direção da escola era exercida por médicos, e o curso era ministrado por médicos do hospício, auxiliados por internos e inspetores, com a duração de dois anos. Para

⁸ Em 1942, passa a ser denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pelo decreto-lei n. 4.725, de 22 de setembro de 1942. Atualmente, é vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio).

⁹ Pelo decreto n. 82 de 1841, foi criado o Hospício Pedro II, primeiro hospital de doentes mentais no Brasil e que marca o nascimento da psiquiatria entre nós, com as mesmas características de instituições similares francesas segundo os preceitos de Pinel e Esquirol. Até a implantação do regime republicano era vinculado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, quando passou à administração federal. Para maior discussão sobre a psiquiatria no Brasil e o hospital, ver especialmente Machado e colaboradores, 1978, Parte III. A medicina do comportamento.

ser admitido o candidato deveria ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, ter noções de aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. Constavam do currículo noções práticas de propedêutica clínica, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas, além de noções de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Ao final do curso, o aluno recebia diploma conferido pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal de Alienados.

Outras iniciativas foram implementadas durante a Primeira República, tais como a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, no Rio de Janeiro, vinculada à Diretoria de Saúde da Guerra do Ministério da Guerra. Criada em 1916, visava preparar enfermeiras em curso de dois anos.¹⁰

Diferentemente dessas iniciativas, o modelo de formação da Escola de Enfermeiras do DNSP, mais tarde denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, estruturava-se com base nos seguintes princípios: (a) uma escola própria para a formação, dirigida por enfermeiras e não por médicos, anexa aos hospitais e com internato para as alunas; (b) seleção rigorosa das alunas, todas do sexo feminino e dotadas de valores morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional; (c) ensino metódico com fundamentação em anatomia, fisiologia, biologia, química etc.; (d) instituição de formas organizativas de ex-alunas para normatizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos, o que vai dar origem, em 1926, a ‘Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras’, atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); e (e) fundamentação do cuidado dos enfermos e necessitados, da administração do espaço hospitalar e do ensino em enfermagem (Pires, 1989).

Outra diferença introduzida é que as qualificações exigidas implicavam uma boa base educativa da candidata, pois que determinavam a necessidade de possuir o diploma de escola normal, distinguindo-a de outras escolas de enfermagem existentes na época, que só exigiam saber

¹⁰ Algumas informações revelam a existência de outros cursos, todos da área de enfermagem e vinculados, na sua maioria, a hospitais, tais como, o curso de enfermeiras do Hospital Samaritano, em São Paulo (1894); a Escola de Enfermeiras da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1906); e o curso de enfermeiras para a área obstétrica na Maternidade São Paulo (1908). Disponível em: <www.pt.wikipedia.org/wiki/Escola_de_Enfermagem_Alfredo_Pinto>. Acesso em: 9 out. 2012.

ler e escrever. A preferência pelas candidatas egressas do curso normal era um elemento indicativo da divisão do trabalho que então começava a se operar na área de enfermagem, uma vez que, diferentemente de outros cursos profissionais, o curso normal sempre foi considerado ‘nobre’ por se tratar de curso técnico não vinculado ao exercício de atividades manuais (Romanelli, 2002). Outros atributos de qualificação demandados eram ter saúde perfeita e personalidade moral que tornassem a candidata digna de confiança, criteriosa, compassiva, resolvida e corajosa, além de levar em consideração a experiência pessoal na direção da casa, de serviço educativo ou comercial. Inicialmente o curso foi previsto com duração de dois anos e quatro meses, mais tarde prolongado para dois anos e oito meses. Os últimos meses do curso destinavam-se à formação na especialidade de enfermagem que a aluna escolhesse: saúde pública, hospital ou prática privada. A ênfase institucional era o trabalho de saúde pública, mas o objetivo era educar enfermeiras diplomadas, tanto para os serviços sanitários como para os trabalhos gerais e especializados dos hospitais, conferindo assim uma base polivalente de formação (Lima, 2010).

O trabalho hospitalar no Brasil constituiu-se ao longo do tempo como principal lócus de trabalho dos trabalhadores técnicos de enfermagem. É a partir da assistência médico-hospitalar organizada pelas Santas Casas de Misericórdia desde a época colonial, e depois pela medicina previdenciária nos anos pós-1930, que se configura o mercado de trabalho para esse contingente de trabalhadores. Quando a enfermagem moderna se institucionaliza no país, na década de 1920, o trabalho hospitalar é um monopólio quase exclusivo das Santas Casas de Misericórdia e de outros hospitais filantrópicos que não tinham serviço de enfermagem na sua estrutura organizacional. Esses hospitais eram responsáveis pela assistência médico-hospitalar para a maioria da população, prestada fundamentalmente por irmãs de caridade e outros práticos de enfermagem, geralmente mão de obra não paga.

Tal qual o conjunto de praticantes de saúde existentes no Brasil Colônia e durante o Império, o aprendizado dos ‘práticos de saúde’ no âmbito hospitalar se dava no acompanhamento do trabalho médico e/ou das irmãs de caridade e/ou de outros práticos mais experientes. Esse aprendizado podia estar associado (ou não) com treinamentos em serviço, caracterizando um tipo de formação em que o saber não era se-

parado do fazer e dirigido fundamentalmente para a qualificação do trabalho manual.

Determinado pelo aumento progressivo da demanda de cuidados de enfermagem, as ordens religiosas precisaram obter a cooperação dos excluídos na roda, homens e mulheres que, criados e educados pelas Santas Casas, permaneceram a ela ligados, passando a trabalhar como funcionários. Podiam ser também jovens carentes que não possuíam moradia nem trabalho, mulheres desamparadas e sem emprego, ou mesmo ex-pacientes do hospital, que na ocasião da alta não tinham para onde ir. Dentre esse conjunto, alguns iam trabalhar nos serviços de limpeza, na lavanderia, na cozinha hospitalar, na seção de costuras para a produção de peças de roupas para o hospital etc. Outros se dedicavam aos serviços administrativos, como atendimento ao público, admissão de pacientes, organização de prontuários, arquivo, marcação de consultas, catalogação e entrega de resultados de exames, dispensação de medicamentos na farmácia hospitalar etc. Por último, havia aqueles mais vinculados ao trabalho de assistência. Esses últimos geralmente eram iniciados nas rotinas do hospital realizando tarefas como trocar lençóis e desinfetar camas, servir refeições aos internados, dar banho e conduzir os pacientes para os exames, desentupir agulhas de injeção e fazer tricotomia, por exemplo. Dependendo do interesse e dedicação, da capacidade de observação e da habilidade que demonstravam na execução das tarefas, eram iniciados em atividades mais complexas como a verificação de pressão, respiração e temperatura dos pacientes, aplicação de injeções e soros, medicamentos e curativos. Também podiam fazer a cama de operado, aspirar secreções de crianças e adultos, atuar como circulante de sala de cirurgia, no preparo de bandejas e esterilização de material cirúrgico e na própria instrumentação cirúrgica, instalar equipamentos e colocação colocar aparelho gessado, por exemplo.

Não se exigia certificado de habilitação ou carta de exame, mas as informações sugerem que aqueles envolvidos na prática de cuidados hospitalares, particularmente na área de enfermagem, dominavam o código letrado ou detinham o antigo ensino primário, atuais cinco primeiras séries do Ensino Fundamental (Lima, 2010). Isso porque uma das missões das misericórdias era ‘ensinar aos simples’, o que motivou a abertura de instituições como os educandários. Em contrapartida, diferentemente dos cuidados domiciliares, os cuidados hospitalares eram

prescritos pelo médico exigindo a capacidade de leitura e de um mínimo de registro do fazer e da evolução do paciente, o que pressupunha o domínio das ‘primeiras letras’, tornando o saber ler e escrever um critério básico para a prática. Essa prática era operacionalizada pelo processo de iniciação ou pela demonstração de suas qualidades aferidas na execução de um procedimento como, por exemplo, a verificação de sinais vitais e/ou aplicação de injeção intramuscular ou endovenosa. Eventualmente, exigia-se a apresentação de carta de recomendação atestando experiência anterior e bom comportamento, o que seria confirmado (ou não) no período de experiência geralmente de três meses, durante o qual seriam observadas outras qualidades, como responsabilidade no cumprimento de horário e das tarefas, obediência aos superiores, paciência, destreza, rapidez e carinho na execução dos cuidados.

Sob essas condições históricas que se implanta a enfermagem moderna no país e entre as iniciativas de caráter corporativo que as enfermeiras norte-americanas tomaram antes do seu regresso aos Estados Unidos, em 1930, destaca-se a elaboração do decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931, que regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem então existentes ao modelo de formação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Segundo Dornelles (1995: 119), a cláusula 14^a do contrato firmado entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, em 1926, obrigava o departamento “a empregar toda a sua influência para conseguir a criação de uma lei federal estabelecendo determinadas exigências para a profissão de enfermeira”, tal qual já existiam para os médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras. A função imediata do decreto foi instalar no centro dos valores sociais a ideia de que o sujeito qualificado é aquele que detém a posse de conhecimentos científicos adquiridos na escola, mas não qualquer sujeito, e sim aquele diplomado em escolas oficiais ou equiparadas à Escola de Enfermagem Anna Nery. Mais do que isso: ao determinar que “só poderão usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada ou as iniciais correspondentes a estas palavras: a) os profissionais diplomados por escolas oficiais ou equiparadas na forma da presente lei” (artigo 1^o), o decreto impossibilita, a partir de 1930, o registro dos diplomas dos egressos das escolas e cursos de enfermagem que não estivessem equiparados àquela em termos de organização no que diz respeito à direção, que deveria ser confiada a uma enfermeira

diplomada; às condições de admissão das alunas; à duração do curso e à organização do programa do curso, entre outras exigências.

Entretanto, a proibição de usar o título de enfermeiro provocou reações importantes dos setores militares, da Igreja católica e do conjunto dos práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, pois, a partir da sua aprovação qualquer um que usasse ‘as iniciais correspondentes a estas palavras’ eram considerados exercentes ilegais da profissão. Os militares foram os primeiros a reagir, com a aprovação do decreto n. 21.141, de 10 de março de 1932, “que aprova o regulamento para organização do quadro de enfermeiros do Exército”. Logo no artigo 1º, parágrafo único, o decreto diz expressamente que o título de enfermeiros do Exército pertence a eles exclusivamente e, mais adiante nas disposições gerais, que o diploma dos enfermeiros militares emitido pela Escola de Saúde do Exército, bem como das enfermeiras diplomadas pelas Escolas de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, “serão reconhecidos idôneos em qualquer outro departamento governamental, não ficando as respectivas escolas sujeitas à equiparação e fiscalização previstas no decreto n. 20.109, de 15/06/1931” (artigo 33). A fiscalização dessas escolas seria de competência da Diretoria de Saúde da Guerra e não do DNSP, assim como os diplomas emitidos por ambas as escolas seriam registrados naquela diretoria e facultaria o exercício da profissão em qualquer parte do território nacional, inclusive no meio civil.

No mesmo ano, a Igreja católica reage com a aprovação do decreto n. 22.257, de 26 de dezembro de 1932, que “confere às irmãs de caridade, com prática de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde pública ou práticos de farmácia”. Tal prerrogativa seria estendida ao conjunto dos práticos de enfermagem com a aprovação do decreto n. 23.774, de 22 de janeiro de 1934, que “torna extensivas aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções”. Exceto o decreto das religiosas, os dos militares e dos enfermeiros práticos prevêm cursos e prova de habilitação para o registro, respectivamente, na Diretoria de Saúde da Guerra e no DNSP. Entretanto, o que determina o reconhecimento é o tempo de formação prática comprovado por ‘documento que demonstre idoneidade de técnica incontestável’ (militares), ou atestados firmados por diretores de hospitais e por autoridades sanitárias que comprovem mais de ‘seis anos de prática’ efetiva (religiosas), ou ‘cinco anos de prática’ na enfermagem (enfermeiros práticos).

Essas disputas não são um fenômeno que ocorre apenas na área de enfermagem. Como indicam os decretos n. 22.257/1932 e 23.774/1934, o reconhecimento do exercício profissional dos práticos de odontologia e farmácia já havia sido estabelecido pelos decretos n. 20.862, de 28 de dezembro de 1931, e n. 20.877, de 30 de dezembro de 1931, respectivamente. Ambos exigem o mínimo de três anos de prática e a aprovação nos exames de habilitação para o exercício da profissão. Entretanto, aqueles que provassem ter mais de dez anos de prática ficavam dispensados do exame de habilitação.

A aprovação dessas legislações expressa, de um lado, a disputa entre o tempo de formação escolar exigido pelas corporações profissionais (medicina, odontologia, enfermagem e farmácia), e o tempo de formação prática reivindicada pelo conjunto dos práticos de saúde, inclusive dos egressos dos cursos livres ou privados não equiparados às escolas oficiais. De outro lado, exprime a política de conciliação de classes implementada pelo governo Vargas, que visava atender concomitantemente às diversas demandas sociais, desde que não rompessem com os limites considerados de normalidade social, tais como a regulamentação do exercício e da formação profissional em saúde.

Considerações Finais

Durante todo o período colonial-escravista a formação para o trabalho em saúde não tomou a forma escolar, realizando-se sob o sistema mestre-aprendiz. O fundamental era o tempo de formação prática que variava entre três a dez anos. A forma escolar só começa a ser organizada no século XIX. Entretanto, exceto o curso de parto organizado no interior da Faculdade de Medicina, as escolas então criadas vinculam-se na sua maioria aos hospitais prevalecendo a ideia de que existiam para prover mão de obra própria, principalmente de enfermagem.

A regulamentação educacional que então passa a vigorar é pautada pela corporação médica visando controlar o ensino de todos os exercentes de saúde para franquear a prática apenas àqueles com competência comprovada pelo título escolar, ao mesmo tempo que se opõe a outras formas de cura que escapavam ao seu controle agrupando-as sob o rótulo de charlatanismo. O que se verifica a partir daí é o progressivo privilégio dado ao tempo de formação escolar em detrimento do

tempo de formação prática desenvolvida no próprio serviço, ou sob o sistema mestre-aprendiz. Mais que isso, é o início da construção das hierarquias profissionais e salariais em saúde, detendo o médico o monopólio do saber e poder sobre as práticas dos trabalhadores técnicos outrora independentes.

A regulamentação do exercício profissional, todavia, era muito precária. Existindo oficialmente desde os tempos coloniais não impediu a prática de inúmeros exercentes de saúde, que apesar de não reconhecidos formalmente o eram socialmente a depender dos sucessos e insucessos da própria prática. Essa regulamentação se torna mais rigorosa só a partir da década de 1920 com a criação do DNSP, que estabelece como requisito para o exercício das profissões sanitárias em todo território nacional a apresentação de diplomas obtidos em escolas oficiais ou equiparadas e limita o uso dos diplomas das escolas livres ou estaduais aos respectivos estados.

Concomitantemente, a reforma Rocha Vaz, em 1925, ao propor a adoção de barreiras ao ensino superior e normas mais rigorosas para a fiscalização federal sobre as escolas livres e para a equiparação das escolas livres e estaduais às escolas oficiais, impedirá o registro de diplomas de egressos dos cursos de odontologia, enfermagem e farmácia. Com essas medidas, ao contingente de práticos de saúde já existentes e em atividade agregam-se os egressos dos cursos superiores não reconhecidos ou não equiparados às escolas oficiais, que passam a pressionar pelo reconhecimento oficial, o que ocorre sob os marcos da política operária e da legislação trabalhista e sindical operada no governo Vargas, a partir de 1930.

Referências

BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos: um Haussman tropical – a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: SMCTT, 1990.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CARVALHO, C. L. *Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira*, 2003. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

CASTRO, N. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação & Sociedade*, 14(45): 211-224, ago. 1993.

CUNHA, L. A. *A Universidade Temporã. O Ensino Superior da Colônia à Era de Vargas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

CUNHA, L. A. *O Ensino dos Ofícios Artesanais e Manufatureiros no Brasil Escravocrata*. São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Flacso, 2000a.

CUNHA, L. A. *O Ensino dos Ofícios nos Primórdios da Industrialização*. São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Flacso, 2000b.

DECCA, M. A. G. de. *Indústria, Trabalho e Cotidiano: Brasil, 1880 a 1930*. São Paulo: Atual, 1991.

DORNELLES, S. Sindicalismo e enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

FONTENELLE, J. P. Higiene e saúde pública. *Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil*. Rio de Janeiro: IHGB: Imprensa Nacional, 1922.

GIRARDI, S. *Aspectos Gerais da Regulação: notas em torno do estado da arte*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, s.d. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm>>. Acesso em: 25 out. 2012.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1994.

LIMA, J. C. F. *Trabalhadores de Saúde (1900-1920). Contribuição para sua História*. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas.

LIMA, J. C. F. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, 2010. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

MANFREDI, S. M. *Educação Profissional no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2002.

MARTINS, M. de S. N. *Entre a Cruz e o Capital: as corporações de ofícios no Rio de Janeiro após a chegada da família real (1808-1824)*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v. 1. (Livro Primeiro)

NOGUEIRA, R. P. *Do Físico ao Médico Moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

PEREIRA NETO, A. de F. *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

ROMANELLI, O. de O. *História da Educação no Brasil (1930/1973)*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

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

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. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo

Júlio César França Lima
Marise Nogueira Ramos
Francisco José da Silveira Lobo Neto

Atualmente, o processo de regulamentação profissional e educacional no Brasil é pautado por diversos documentos emanados a partir dos poderes públicos desde as ‘constituições’ até as leis; desde os decretos até as portarias e instruções normativas; desde as resoluções e os pareceres até as portarias e indicações procedimentais. Tanto a natureza diferenciada desses documentos quanto os seus órgãos de origem estabelecem uma ordenação hierárquica que ninguém pode menosprezar, principalmente o pesquisador.

Neste trabalho, não se tem a intenção de esgotar e submeter à análise todos os documentos que formam o sistema normativo – onde podem ser reconhecidos três níveis hierárquicos apresentados em seguida –, mas sim de indicar a dinâmica histórica desse processo.

Considerando o órgão de origem, a Constituição ocupa o ápice de todo o sistema normativo brasileiro. Na história das ‘constituições’ brasileiras, há uma alternância entre processos antidemocráticos e democráticos no método, na forma e no conteúdo constitucional. A primeira Constituição do Brasil republicano (1891) foi promulgada legalmente, porém sob forte influência das oligarquias do regime anterior. Em 1934, o governo provisório instituído em 1930 e chefiado por Getúlio Vargas fez uma Assembleia Constituinte não eleita aprovar uma Constituição que vigorou por pouco tempo. Posteriormente, uma das ‘constituições’ foi imposta (1937/Estado Novo) e outra promulgada (1967/Ditadura civil-militar) por um congresso não representativo da sociedade, transformado em constituinte por Ato Institucional. As de 1946 e 1988 foram promulgadas por assembleias constituintes eleitas pelo voto popular. Mesmo com esses distintos trâmites, nenhuma norma pode – sob pena de nulidade – ferir a Carta Magna.

A Constituição Nacional de 1988 manteve o modelo federativo instituído pela primeira Carta Republicana, porém com ênfase não só na autonomia dos entes federados, mas também na distribuição e descentralização de competências. Assim, essa Constituição (Brasil, 1988, artigo 2º) determina que é “pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal” – que se forma a “República Federativa do Brasil”, constituída “em um Estado Democrático de Direito”, e por uma organização político-administrativa que “compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos” (Brasil, 1988, artigo 18). Sendo autônomos, cada estado e o Distrito Federal promulgam, através de suas assembleias constituintes, as suas respectivas ‘constituições’. No caso dos municípios, sua Lei Orgânica deve ser votada em dois turnos e aprovada por dois terços da Câmara Municipal.

Sadek (2000) afirma que o tipo de federalismo adotado pela Constituição de 1988 fez uma inversão do anterior, quando predominava a centralização do poder político. Por isso, vemos nas reflexões que se seguem, períodos em que as regulamentações profissional e educacional no Brasil ocorreram por meio de leis emanadas do poder central a serem diretamente seguidas pelos demais entes da federação. A centralização foi substituída pela descentralização com esta nova Carta, transformando Brasil, segundo a mesma autora, em “um dos Estados mais descentralizados do mundo no que se refere à distribuição dos recursos tributários e de poder político” (Sadek, 2000: 153).

Se antes de 1988 o sistema normativo já possuía um segundo nível hierárquico em relação à Constituição federal – o das leis – com origem no Poder Legislativo Federal, posteriormente esse nível se estende também para o poder estadual, distrital (do Distrito Federal) e municipal. O Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal), as assembleias legislativas estaduais e distrital e as câmaras municipais aprovam leis, cujo texto só por elas pode ser modificado ou revogado.

Um terceiro nível de regulamentação já encontrava sua origem no Poder Executivo, cujas normas, em um Estado democrático,¹ represen-

¹ Lembramos que em períodos ditatoriais, o Executivo valeu-se antidemocraticamente dessa prerrogativa. Este foi o caso dos decretos durante o Estado provisório de Vargas (1930-1934), quando não se teve uma Constituição; dos decretos-lei previstos nas ‘constituições’ de 1937, nos atos institucionais e na Constituição da ditadura civil-militar; além dos próprios atos institucionais amplamente exarados pelo Executivo durante a Ditadura civil-militar como forma de contornar a Constituição então vigente (a de 1946). O caráter antidemocrático desses dispositivos está em remeter ao Executivo uma prerrogativa que em regimes democráticos é exclusiva aos órgãos representativos do povo: o poder de legislar.

tam geralmente a forma de realizar as determinações contidas nas leis. Nesse nível, devem-se distinguir subníveis de hierarquização de normas, ainda por sua origem. A chefia do Executivo² regulamenta, através de decretos, as determinações das leis. Já os titulares dos órgãos auxiliares,³ em conformidade com os decretos, regulamentam e expedem normas através de portarias, instruções normativas e, até mesmo, através de algumas orientações que estabelecem critérios de execução de programas de governo.

Ainda como terceiro nível normativo do Estado democrático, devem ser consideradas as resoluções, indicações e pareceres interpretativos de organismos colegiados, vinculados aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. No campo abrangido por este estudo, exemplos concretos são o que hoje se denomina como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Educação (CNE) e os conselhos profissionais que a lei reconhece como dotados de poder normativo.

É importante também registrar que, na ordenação hierárquica do sistema normativo, as esferas de poderes federal, estadual/distrital e municipal têm uma autonomia constitucional atribuída desde a Constituição de 1891; porém, a descentralização do poder político oriunda da Constituição de 1988 não eliminou a subordinação vertical que guardam entre elas. Assim, hoje, a Lei Orgânica Municipal subordina-se à Constituição Estadual que, por sua vez, está subordinada à Constituição da República Federativa do Brasil. Da mesma forma, as leis federais não podem ser desrespeitadas pelas leis estaduais, distritais e municipais.

Finalmente, também o princípio constitucional federativo não pode ser contestado por uma lei federal que pretenda impor aos estados e/ou municípios norma que fira sua autonomia de unidade federada. Nesse sentido é que o órgão máximo do Poder Judiciário – o Supremo Tribunal Federal (STF) – decide sobre a constitucionalidade das leis e normas.

Sem esgotar a questão, pretende-se aqui sinalizar para o cuidado necessário em tratar da regulamentação profissional e educacional, tendo presente a ordem hierárquica dos documentos normativos. Ademais,

² Presidente da República, governadores dos estados ou do Distrito Federal e prefeitos.

³ Ministérios e organismos vinculados, no âmbito federal; secretarias de estado e organismos vinculados, no âmbito estadual; secretarias ou departamentos e organismos vinculados às prefeituras municipais.

essa análise deve considerar as condições históricas que permitiram (ou não) essa ou aquela regulamentação. Com esse espírito, este texto discute o processo de regulamentação profissional e educacional em geral, especialmente em saúde, desde os anos 30, quando se torna mais evidente e explícita a função normativa do Estado brasileiro neste campo, até os anos 2000, quando se verifica um movimento importante de reformas na educação brasileira iniciadas após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996 (lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996). Na reconstrução histórica desse processo, espera-se poder captar o que se transforma e o que se mantém na dinâmica de regulamentação profissional e educacional em saúde no Brasil, assim como o estado atual da questão que nos coloca limites e oportunidades para a atuação política nesses campos.

A Regulamentação nos Marcos do Estado Novo e a Tardia Regulamentação do Ensino Técnico em Saúde no País

A regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde, particularmente das profissões técnicas médias, não pode ser vista de forma descolada do processo global de regulação da relação capital-trabalho e regulamentação da educação nacional ocorrida a partir da década de 1930. A chamada Revolução de 1930, ainda que possa ser reconhecida como uma revolução burguesa no Brasil, não ocorreu nos termos clássicos, pois não houve ruptura com a classe dominante típica do modelo agrário-exportador que antecedeu a configuração propriamente capitalista em nosso país. Ao contrário, a mudança desse modelo para o urbano-industrial se deu pela composição de interesses entre essas classes e a burguesia urbana centrada na superexploração da força de trabalho. Mas para isto o Estado precisou organizar o trabalho, o que se fez logo no início do governo Vargas sob a lógica de um Estado nacional centralizador, antiliberal e intervencionista (Shiroma, Moraes & Evangelista, 2003).

A nova imagem que Getúlio Vargas esboça sobre as relações entre o poder público e o processo de produção era que, para estabelecer o equilíbrio das forças produtivas – capital e trabalho –, o Estado deveria organizar, regular e disciplinar essas atividades, condenando desse modo explicitamente o liberalismo econômico, assim como o excessivo

federalismo. A partir daí foram reformuladas as condições de funcionamento das forças produtivas, das relações internas de produção e das relações entre a economia brasileira e a economia internacional, assim como se começou a construir uma ‘tecnoestrutura estatal’, responsável pelas medidas de caráter centralizador que caracterizaram todo o período de 1930 a 1945. O conceito de ‘tecnoestrutura estatal’, para Ianni (1991), corresponde a um estágio novo no desenvolvimento do Poder Executivo, quando este incorpora, de modo cada vez mais sistemático e permanente, o pensamento técnico-científico e as técnicas de planejamento. Seu elemento político essencial é a hipertrofia do Executivo. Para o autor, a evolução da legislação trabalhista é um exemplo dessa transição, pois com ela foram estabelecidos, de modo formal, sob a responsabilidade do Estado, as condições e os limites básicos de funcionamento do mercado de força de trabalho.

No período de 1930 a 1935, principalmente, a legislação trabalhista inspirou-se em razões econômicas, mas também políticas, visando sistematizar e formalizar as relações políticas entre as classes sociais urbanas. Mais especificamente, buscava pacificar as relações entre os vendedores e compradores de força de trabalho dos setores secundário e terciário da economia, visto que estes começavam a desenvolver novas técnicas de ação em suas reivindicações econômicas e políticas.

Em 1930, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), com o papel precípuo de superintender a questão social e amparar o trabalhador nacional, ou, nas palavras de Lindolfo Collor, primeiro ministro da pasta, para “substituir o antigo conceito de luta de classes pelo conceito novo, orgânico, construtor, humano e justo, de cooperação entre as classes” (*apud* Dornelles, 1995: 123). Nesses termos, em 1931, é fundado o Departamento Nacional do Trabalho com o objetivo de promover medidas de previdência social e melhorar as condições de trabalho. Naquele ano foi aprovado o decreto n. 19.770, de 19 de março de 1931, que regulava a sindicalização das classes patronais e operárias, visando, do ponto de vista econômico, disciplinar o trabalho como fator de produção, e do ponto de vista político, vedar a emergência de conflitos classistas, canalizando para dentro do aparato estatal as relações capital-trabalho, o que faz o sindicato adquirir um novo conteúdo político “como elemento essencial do sistema político-administrativo estatal” (Ianni, 1991: 48).

Colaboração efetiva e inteligente entre as classes, espírito associativo, o Estado com o papel de orientar e promover a coordenação entre capital e trabalho, e a condenação dos antagonismos de classe e irrupções de violência estavam entre as razões políticas alegadas para a adoção de uma legislação trabalhista que visava à harmonia e à tranquilidade entre compradores e vendedores da força de trabalho. Essa foi a tendência dominante da política operária no período de 1930 a 1945, apesar de algumas vezes as razões políticas não passarem de alegações de cunho ideológico, pois, no cerne da doutrina de ‘paz social’, havia uma política de controle e dominação da atividade e organização política do proletariado.

Desmobilização, despolitização e desprivatização formaram o tripé da nova política operária do governo Vargas, segundo Vianna (1976). Naquele momento, a acumulação de capital dependia mais da elevação do ritmo de trabalho e do uso racional da mão de obra utilizada do que do emprego de tecnologias, e a existência de um sindicalismo livre era incompatível com a elevação da taxa de expropriação da força de trabalho. Para isso, o Estado tinha que liquidar as organizações independentes – na sua maioria de tendência anarcossindicalista, que resistiam às medidas de centralização e controle com greves e manifestações –, reprimir os seus líderes, cooptar e/ou corromper outros. A partir daí implementou-se a nova política – combinando coerção e manipulação do consenso por meio da estrutura corporativa –, facilitada em parte pela mudança na composição da classe operária, com o recrutamento maciço de um contingente dócil à mobilização ideológica praticada pelo Estado. O resultado foi a ampliação do sindicalismo oficialista, que avançou dos estados de pouca ou baixa industrialização (Sul e Nordeste) para as unidades mais industrializadas da Federação (São Paulo e Distrito Federal) – e nestas, a partir dos núcleos operários menos experientes e combativos.

É nesse contexto de instabilidade e acomodações que se cria também o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MES), pelo decreto n. 14.402, de 14 de novembro de 1930. Com base no que explicam Lima e Pinto (2003), pode-se considerar que a criação desse Ministério visou enfrentar os problemas advindos da expansão econômica capitalista, como a crescente urbanização e a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Nesse sentido, o Estado responderia à questão social não mais de maneira parcial e policial, mas sim como fatos políticos inseridos nas relações de poder.

Faz parte desse período também o decreto n. 19.852, de 11 de abril de 1931, que organiza a Universidade do Rio de Janeiro, tornando os cursos de farmácia e odontologia faculdades autônomas e independentes da medicina, e o decreto n. 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que institui a regulação e a fiscalização do exercício da medicina, odontologia, medicina veterinária, farmácia, de parteira e de enfermeira pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), logo depois denominado Departamento Nacional de Saúde (DNS). Esse decreto exige igualmente o registro dos títulos de optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas. Além disso, são aprovados nesse período diversos decretos que regulam o exercício profissional dos farmacêuticos (decreto n. 19.606, de 19 de janeiro de 1931), dos enfermeiros (decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931), dos dentistas práticos (decreto n. 20.862, de 28 de dezembro de 1931), dos práticos de farmácia (decreto n. 20.877, de 30 de dezembro de 1931) e dos práticos de enfermagem (decreto n. 23.744, de 22 de janeiro de 1934).

A formação dos trabalhadores técnicos nesse período foi tratada como uma necessidade da expansão industrial, porém, à parte da política educacional. A criação do Conselho Federal da Educação (CFE), em 1931,⁴ a organização do ensino superior (1931) e, principalmente, as Reformas Francisco Campos (1931-1932) normatizaram rigidamente a educação nacional. Essas normas foram consagradas na Constituição de 1934, com o compromisso do governo federal com o Ensino Secundário, dando-lhe conteúdo e seriação própria. Porém, o caráter enciclopédico dos currículos manteve a característica elitista desse ensino, ao passo que os ramos profissionais foram ignorados, criando-se dois sistemas independentes.

No momento em que a ideologia do desenvolvimento começava a ocupar espaço na vida econômica e política do país, sequer houve qual-

⁴ Antes do atual Conselho Nacional de Educação, o país teve vários órgãos com funções similares desde o século XIX. No século XX, o Conselho Nacional de Educação foi instituído pelo decreto n. 19.850 de 11 de abril de 1931, na gestão Francisco Campos; o Conselho Federal de Educação foi criado pela LDBEN, lei n. 4.024 de 20 de dezembro de 1961, e foi substituído pelo Conselho Nacional de Educação pela lei n. 9.131/95, reiterado pela lei n. 9.394/96.

quer preocupação consistente com o ensino técnico, científico e profissional, oficializando-se o dualismo na educação brasileira configurado por um segmento enciclopédico e preparatório para o Ensino Superior e outro profissional independente e restrito em termos da configuração produtiva e ocupacional.

Com o Estado Novo (1937-1945) aprofunda-se a tendência de estatização da economia brasileira e de modernização capitalista no Brasil. Nesse período foram implementadas diversas iniciativas que procuravam prover a infraestrutura (energia, transportes, comunicações etc.) e a produção de matérias-primas básicas (ferro e aço e, mais tarde, também petróleo) indispensáveis ao avanço do processo de acumulação de capital e que exigiam vultosos investimentos. Esses empreendimentos econômicos foram financiados com recursos da previdência social, na medida em que o empresariado nacional não tinha recursos nem interesse em assumi-los (Oliveira & Teixeira, 1986).

A deflagração da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) produziu uma crise particularmente profunda no conjunto do sistema econômico e financeiro, que se refletiu na queda repentina das exportações de café, na escassez de acesso aos produtos importados, no crescimento rápido da demanda por material bélico e na onda inflacionária. Foi no bojo dessa crise e das transformações do sistema econômico-social e político, que mais uma vez expuseram as limitações do capitalismo no país, que se criaram as condições de novas técnicas de ação, com o objetivo de expandir o setor industrial brasileiro e conseqüentemente de acelerar a substituição de importações para satisfazer as necessidades de consumo da população.

Da mesma forma, passou-se a preconizar o preparo de técnicos, administradores e chefes com a criação de escolas profissionais, o que se agravou pelo fato de que o contexto de guerra dificultava também a importação de pessoal técnico habilitado, como vinha acontecendo até então, dado que a guerra estava contendo a exportação de mão de obra qualificada dos países europeus para o Brasil. Isso exigia uma redefinição da política de ensino técnico profissional que se inspirou então na Constituição outorgada em 10 de novembro de 1937.

Essa Carta Magna mantém a competência privativa da União no que se refere a fixar as bases e estabelecer as diretrizes da educação na-

cional (arts. 15 e 16). E, de maneira inédita em textos constitucionais, traz algumas determinações explícitas sobre o ensino profissional no capítulo ‘Da educação e da cultura’. No artigo 129, com o objetivo de atender “à infância e à juventude, a que faltarem os recursos necessários à educação em instituições particulares” determina a “fundação de instituições públicas de ensino” que ministrem uma “educação adequada às suas faculdades, aptidões e tendências vocacionais”. Declara, ainda que o ensino pré-vocacional e profissional “destinado às classes menos favorecidas” é, em matéria de educação, o primeiro dever do Estado, fundando institutos de ensino profissional e subsidiando os de iniciativa dos estados, dos municípios e dos indivíduos ou associações particulares e profissionais. Nesse mesmo artigo estabelece como dever das indústrias e dos sindicatos econômicos a criação de escolas de aprendizes, destinadas aos filhos de seus operários ou de seus associados, remetendo à legislação posterior a regulação dos poderes que caberão ao Estado sobre essas escolas, bem como os auxílios, facilidades e subsídios a lhes serem concedidos pelo poder público.

A Constituição de 1937 especifica ainda, em seu artigo 131, a criação pelo Estado ou por “associações civis” (com “auxílio e proteção” do poder público) de instituições com a finalidade de “organizar para a juventude períodos de trabalho anual nos campos e oficinas, assim como promover-lhes a disciplina moral e o adestramento físico, “de modo” a prepará-la ao cumprimento de seus deveres com a economia e a defesa da Nação”.

A partir dessa norma constitucional se estabeleceu uma distinção fundamental entre as ‘escolas industriais’ de nível médio e caráter tecnológico – mais tarde ‘escolas técnicas federais’, destinadas à formação para o trabalho complexo – e a formação técnico-profissional, representada pelos cursos de aprendizagem e de formação básica (treinamento), orientados para a formação para o trabalho simples, principalmente por meio do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), criado pelo decreto-lei n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942 (Neves & Pronko, 2008). Naquele mesmo ano, foram promulgadas a Lei Orgânica de Ensino Industrial (decreto-lei n. 4.073, de 30 de janeiro de 1942) e a Lei Orgânica do Ensino Secundário (decreto-lei n. 4.244, de 9 de abril de 1942). Em 1943, é promulgada a Lei Orgânica do Ensino Comercial (de-

creto-lei n. 6.141, de 28 de dezembro de 1943). A estas leis orgânicas se seguiram a do Ensino Normal (decreto-lei n. 8.530, de 2 de janeiro de 1946) e a do Ensino Agrícola (decreto-lei n. 9.613, de 20 de agosto de 1946).

Dessa forma, se a educação nacional já se configurava de forma dual, essa estruturação se acentua com a existência de legislações próprias a cada um dos ramos. Ou seja, enquanto a Lei Orgânica do Ensino Secundário reiterava a velha tradição do ensino acadêmico, propedêutico e aristocrático, o ramo profissionalizante era regulamentado pelas leis orgânicas do ensino nos diversos setores economia. Outra segmentação se vê, ainda, no interior desse segundo ramo, a saber: enquanto o Estado assumia diretamente a organização e a implementação da formação de caráter técnico e tecnológico, os empresários se responsabilizavam pela formação de operários da indústria e dos serviços.

É nesse cenário que se inicia também a discussão sobre a necessidade de formação profissional na área de saúde, particularmente de enfermagem, dado o movimento de expansão e modernização da rede hospitalar privada, da rede pública do então Distrito Federal e da deficiência numérica de enfermeiras diplomadas. Em 1941, é criado, na Escola Anna Nery, o primeiro curso de formação técnica de auxiliares de enfermagem, com 18 meses de duração, exclusivamente profissionalizante, e em 1949 é aprovada a lei n. 775, de 6 de agosto de 1949, que oficializou a criação desses cursos (Lima, 2010).

Do ponto de vista da regulamentação profissional são promulgados nesse período os decretos-lei n. 8.345, de 10 de dezembro de 1945, e 8.778, de 22 de janeiro de 1946. O primeiro dispõe sobre a habilitação para o exercício profissional de diversas profissões em saúde, tais como protéticos, massagistas, óticos práticos, práticos de farmácia, práticos de enfermagem, parteiras práticas e profissões similares; também reafirma que, para ser considerado qualificado, o praticante deve estar devidamente habilitado, isto é, se submeter à prova diante de banca examinadora determinada pelo DNS ou pelos departamentos estaduais de saúde, sem exigir tempo de formação prática, e ser inscrito no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina ou nos respectivos serviços sanitários, nos Estados.

O segundo decreto-lei regula os exames de habilitação para os auxiliares de enfermagem, mas trata na verdade dos exames de habilitação

dos práticos de enfermagem. Nele, o artigo 1º esclarece que “os enfermeiros práticos (...) que tenham mais de dois anos de efetivo exercício de enfermagem em estabelecimentos hospitalares” poderiam se submeter a exames de habilitação que lhes facultariam o certificado de “prático de enfermagem”. A comprovação de “tirocínio prático” deveria ser atestada por diretores de hospitais onde o candidato tivesse trabalhado ou ainda estivesse trabalhando. O exame seria realizado nas escolas de enfermagem oficiais ou reconhecidas, ou ainda nos hospitais dos diversos estados brasileiros, mas perante uma comissão nomeada pelo diretor do DNS, preferencialmente composta por três enfermeiras diplomadas (artigo 8º). Previam-se duas provas, uma escrita e outra prático-oral, com conteúdos eminentemente profissionalizantes, além de um estágio de cinco dias, no mínimo, em enfermaria indicada pela banca examinadora para a demonstração dos conhecimentos práticos de enfermagem. O certificado não tinha validade nacional e concedia ao seu portador “o direito de servir como ‘atendente’ de doentes em hospitais, maternidades, enfermarias e ambulatórios, no Estado em que for expedido” (artigo 13º – grifo nosso).

Ao contrário dos ramos industrial, comercial, agrícola e do ensino normal, a regulamentação educacional para a área de saúde teria que esperar pela aprovação da lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961, ou da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB de 1961). Só a partir daí é que foi autorizada a formação de técnicos médios em saúde, mas então sob uma lógica diferente das leis orgânicas de ensino, promulgadas em 1942.

Com a deposição de Vargas, em 1945, e, sobretudo, em 18 de setembro de 1946, com a promulgação de uma nova Constituição “para organizar um regime democrático”, é estabelecida a competência da União de “legislar sobre: (...) d) [as] diretrizes e bases da educação nacional [e as]; (...) p) condições de capacidade para o exercício das profissões técnico-científicas e liberais” (artigo 5º, XV).

Mais adiante, entre os direitos e garantias individuais, é reconhecido, no artigo 141, §14, que: “É livre o exercício de qualquer profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”. Interessante notar que os constituintes optaram por mencionar explicitamente a necessária regulamentação da “condição de capacidade” de exercício

profissional, mesmo depois de abranger a totalidade da educação nacional como objeto de legislação específica nas suas diretrizes e bases.

Cabe ainda mencionar o mandamento constitucional que obrigava as empresas, em que trabalhem mais de cem pessoas, a manter “ensino primário gratuito para seus servidores e os filhos destes”, e, no caso das empresas industriais e comerciais, a obrigação de “ministrar, em cooperação, aprendizagem aos seus trabalhadores menores, pela forma que a lei estabelece, respeitados os direitos dos professores” (artigo 168, III e IV).

O relativo atraso da regulamentação do ensino técnico em saúde – se comparado com as iniciativas voltadas para a qualificação de mão de obra para o trabalho industrial – está associado à falta de um mercado de trabalho para profissionais dessa área, o que se altera no curso do desenvolvimento da medicina previdenciária no país. A sua ampliação só começa a ocorrer após a queda do Estado Novo, em 1945, vindo a assumir predominância na política de saúde a partir dos anos 60.

Apesar de a Previdência Social ter como norma a compra de serviços médicos a particulares, havia limites e condicionantes para a mercantilização da prática médica em razão do caráter restrito da Previdência, que dificultava, quando não impedia, a prestação de cuidados pelos hospitais privados, decorrente da baixa transferência de recursos para essas instituições. À época, os recursos originários do ‘regime de capitalização’⁵ adotado eram utilizados nos ramos estrategicamente relevantes para o processo de acumulação capitalista, via industrialização e modernização tecnológica. Ao mesmo tempo, ainda não se organizara um segmento privado de base técnica e financeira importante, como os setores de equipamento e medicamento. Predominava uma prática médica de feição fundamentalmente autônoma, com um setor institucional organizado em hospitais filantrópicos e estatais de pequeno porte. “Os recursos previdenciários limitados, a dominância de uma prática médica autônoma, liberal e caritativa e uma base tecnológica estreita inviabilizavam qualquer possibilidade de transformações nitidamente capitalistas

⁵ O ‘regime de capitalização’ da Previdência Social foi criado pelo decreto n. 20.465, de 1 de outubro de 1931, como um mecanismo de proteção do sistema. Isso significava que as despesas jamais deveriam atingir a receita total. A cada aumento das despesas corresponderia automaticamente uma elevação proporcional das fontes de arrecadação para a sustentação do modelo, mantendo-se dessa forma sempre uma distância entre receita e despesa, ou seja, mantendo-se os superávits. Esse regime será definitivamente extinto com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), lei n. 3.087, de 26 de agosto de 1960.

da medicina” (Cordeiro, 1984: 30). Esse padrão só se altera com a intensa urbanização verificada no país a partir da década de 1950.

Não obstante, mesmo com a expansão do sistema previdenciário, o processo de industrialização e de urbanização nesse período continua a exigir pessoal qualificado, principalmente para a indústria, em uma proporção muito superior à demanda por profissionais técnicos da saúde. Assim, se por um lado pouco se via a abertura de escolas técnicas de saúde com autonomia administrativa e pedagógica, por outro, ganhava vulto a organização escolar e administrativa dos estabelecimentos do ensino industrial com a lei n. 3.552, de 16 de novembro de 1959, que definiu as escolas técnicas constituintes da rede federal de ensino técnico, transformadas em autarquias.

O projeto da LDB de 1961 entrou na pauta do Congresso Nacional em 29 de outubro de 1948, data em que se comemorava o aniversário de queda de Getúlio Vargas e do Estado Novo. Tendo sofrido vários retornos à Comissão de Educação e Cultura, o texto em debate foi substituído por um projeto do deputado federal Carlos Lacerda, apresentado em 1958, que incorporava os interesses dos estabelecimentos particulares de ensino. As discussões travadas em torno desse projeto foram marcadas pelo conflito entre escola pública e escola particular.

Mesmo sob a hegemonia do pensamento privatista, o crescimento da procura pelo Ensino Secundário entre significativos contingentes da população urbana que não tinham condições de arcar com os custos do ensino privado fez com que as pressões se concentrassem sobre os governos dos estados da Federação. O atendimento a essas reivindicações provocou intenso processo de criação de escolas secundárias públicas estaduais.

A aprovação da LDB consagra os termos ‘diretrizes e bases’ que passaram a ser referências para a regulamentação da educação nacional em todos os níveis e modalidades a partir de então. Para a Educação Profissional o fato mais relevante foi a equivalência entre esta e o Ensino Médio, permitindo que os concluintes do colegial técnico se candidatassem a qualquer curso de nível superior. Quebrou-se também a rigidez das normas curriculares, abrindo-se a possibilidade de os Estados e os estabelecimentos anexarem disciplinas optativas ao currículo mínimo estabelecido pelo CFE. Para a Educação Profissional em saúde o mais importante foi a definição do parágrafo único do artigo 47 que dispõe

que “o ensino técnico de grau médio abrange os seguintes cursos: a) industrial; b) agrícola; c) comercial. Parágrafo único. Os cursos técnicos de nível médio não especificados nessa lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino”. A partir desse momento abriu-se a possibilidade de criação de cursos técnicos médios em saúde.

Capitalização da Medicina, Teoria do Capital Humano e o Boom da Regulamentação Educacional em Saúde na década de 1970

Até a década de 1950, a regulamentação e a fiscalização do exercício profissional na área da saúde eram realizadas ‘diretamente’ pelo estado, através da legislação federal do setor. Mas a partir dos anos 60 “o estado, através do Ministério do Trabalho, e pela via das Leis de Criação dos Conselhos e Exercício Profissional repassa e autoriza esta função aos Conselhos de Profissões, federal e regionais” (Girardi, 1996: 95), constituindo-os como autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Exceção feita ao Conselho de Medicina, criado em 1957, a maioria dos conselhos profissionais são criados nas décadas de 1960 e 1970.⁶

Das profissões técnicas em saúde, as únicas que possuem alguma legislação referente ao exercício profissional são as de enfermagem (técnico e auxiliar de enfermagem), segurança do trabalho (técnico de segurança no trabalho; técnico e auxiliar de enfermagem do trabalho), técnico em radiologia, técnico em prótese dentária, e mais recentemente o técnico e auxiliar em saúde bucal. Essas áreas, para Girardi (1996: 97), “refletem claramente um campo de disputa profissional mais acirrado e portanto são as áreas mais sujeitas às restrições estabelecidas pelas profissões correlacionadas dominantes”. No seu conjunto, as profissões técnicas médias são fracamente regulamentadas, exceto do ponto de vista educacional. A partir dos anos 70, por iniciativa da burocracia sanitária e educacional, das profissões dominantes correlatas ou dos próprios grupos de nível médio, o que se verifica é uma intensa regulamentação no âmbito educacional. Essa limitação à definição de currículo mínimo

⁶ Farmácia, em 1960; odontologia, em 1964; veterinária, em 1968; psicologia, em 1971; enfermagem, em 1973; fisioterapia e terapia ocupacional, em 1975; nutrição, em 1978; biologia e biomedicina, em 1979.

para certificação, para o autor, reflete a dificuldade dessas atividades no sentido de se profissionalizarem plenamente, pois que se tratam de ofícios subalternos, vigiados de perto pelas corporações de nível superior, que detêm o controle do poder e do saber na área da saúde.

Pode-se supor que o ‘medo’ da competição, da invasão de um mercado não muito orgânico ou forte, onde apenas uma minoria pode pagar por serviços profissionais, funcionam como limites mais ou menos naturais do crescimento e aprofundamento das demandas jurisdicionais dessas ocupações. Em sentido inverso, como forças propulsoras, atuam as políticas de diminuição dos custos de saúde que incentivam o crescimento de profissionais de nível médio, bem como a mudança da forma de atenção em saúde (atenção primária) que utiliza o profissional de nível médio como principal solução para os problemas de desigualdade do acesso aos serviços de saúde. (Girardi, 1996: 97)

A regulamentação educacional que se verifica nos anos 70 está vinculada às mudanças que começam a se operar no setor saúde a partir da segunda metade dos anos 50, no contexto de emergência e hegemonia do capitalismo monopolista no país, e principalmente a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Nesse período cresce o volume de recursos para a assistência médica financiada com fundos previdenciários; a assistência médica é cada vez mais realizada por instituições privadas; o padrão de organização do setor é centrado no hospital, seguindo uma tendência dos países capitalistas centrais, com elevado grau de utilização de equipamentos e fármacos e com especialização crescente da mão de obra empregada; e a tecnologia incorporada, tanto na produção dos serviços quanto na produção dos insumos, é de ponta. Portanto, a partir desse momento, a prática médica vai deixando de ser artesanal ou manufatureira e passa a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. É como se a atenção à saúde vivesse a ‘sua revolução industrial’, ou a superação da medicina liberal pela medicina tecnológica (Donnangelo, 1976; Braga & Paula, 1981).

O que define a capitalização da medicina é exatamente o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla

predominância da empresa privada (clínicas e hospitais particulares) na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores de saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. A articulação da medicina com o mundo da produção de mercadorias se aprofunda a partir da ampla utilização dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, com seus produtos sempre renovados, e da incorporação de uma variedade de equipamentos, máquinas e insumos produzidos por diversos setores industriais, que, ao serem consumidos, completam o ciclo de valorização do capital.

Essa articulação permite que a atenção médica no Brasil aumente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos e uma crescente acumulação de capital em seu interior. Ao mesmo tempo cresce também a dependência externa, na forma de controle do capital, da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas.

Com o golpe civil-militar de 1964, não somente o projeto de crescimento econômico do país, de maneira geral, e na saúde em particular, foi associado aos interesses estrangeiros como também a qualificação de trabalhadores. É nesse contexto que, em 1965, é criada a Equipe de Planejamento do Ensino Médio (Epem) no âmbito do Ministério da Educação (MEC). Sua existência é paralela ao Programa Intensivo de Formação de Mão de Obra (PIPMO), desenvolvido pelo Ministério do Trabalho. Enquanto este último voltava-se à preparação de operários qualificados, a Epem destinava-se a assessorar os estados na formulação de planos para o Ensino Médio.

No *Plano Estratégico de Desenvolvimento* (1967), uma das linhas de ação era:

dar prioridade à preparação de recursos humanos para atender aos programas de desenvolvimento nos diversos setores, adequando o sistema educacional às crescentes necessidades do país, principalmente no que se refere à formação profissional de nível médio e ao aumento apreciável da mão de obra qualificada. (Brasil/MP – Plano Estratégico do Desenvolvimento *apud* Machado, 1989: 53)

Desse ponto de vista, o ponto de maior impacto no Ensino Secundário foi a reforma de 1971. A lei n. 5.692, de 11 de agosto daquele ano, colocou como compulsória a profissionalização em todo o ensino de 2^o grau. Essas medidas foram significativas da prática economicista no plano político que, concebendo um vínculo linear entre educação e produção capitalista, buscou adequá-la ao tipo de opção feita por um capitalismo associado ao capital internacional. Sob a influência da ‘teoria do capital humano’, a principal justificativa para a compulsoriedade nesse nível de ensino era a necessidade de técnicos de nível médio para um suposto mercado de trabalho surgido em decorrência do ‘milagre econômico’.⁷ Em seu nome, dizia-se necessário qualificar os trabalhadores para que satisfizessem as necessidades de ‘modernização’ da sociedade.

A ideia-chave é de que a um acréscimo marginal de instrução, treinamento e educação corresponde um acréscimo marginal de capacidade de produção. Ou seja, a ideia de capital humano é uma ‘quantidade’ ou um grau de educação e de qualificação, tomado como indicativo de um determinado volume de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas, que funcionam como potencializadoras da capacidade de trabalho e de produção. Desta suposição deriva-se que o investimento em capital humano é um dos mais rentáveis, tanto no plano geral do desenvolvimento das nações quanto no plano da mobilidade individual. (Frigotto, 1995: 41)

Entretanto, a lei 5.692/71 solapa a concepção de ‘bases’ para a educação pública que acabou subsumida à ideia de ‘diretrizes’. Em outras palavras, a regulamentação da formação dos trabalhadores tomou sempre proeminência em detrimento das condições necessárias para tal. Com o fim do ‘milagre econômico’ em meados dos anos 70 e com as fortes pressões sobre o regime militar, planos e programas foram im-

⁷ Essa expressão se refere ao período de 1968 a 1971, quando houve uma significativa elevação do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Aspectos que contribuíram para esse quadro foram a crescente integração internacional das economias capitalistas, que proporcionou amplo influxo de capital estrangeiro para o Brasil; uma política salarial rígida e centralizada, e alto controle inflacionário. O acelerado crescimento econômico, porém, não serviu para colocar o Brasil em uma posição de vanguarda tecnológica e de autonomia industrial. Ao contrário, ele foi fortemente condicionado pelo objetivo de integração subordinada da economia brasileira na divisão internacional do trabalho.

plementados junto às populações das áreas mais pobres.⁸ Ainda no final daquela década, a profissionalização universal e compulsória foi flexibilizada pelo parecer CFE n. 75/76 e consolidada pela lei n. 7.044, de 18 de outubro de 1982.

Sob a égide da lei n. 5.692/71, o objetivo do então 2º grau era proporcionar ao educando a formação necessária à qualificação para o trabalho. Na década seguinte, a lei n. 7.044/82 substituiu o objetivo de qualificar para o trabalho pelo da preparação básica para o trabalho, de acordo com o que definiu o parecer CFE n. 75/76: “tornar o jovem consciente do domínio que deve ter das bases científicas que orientam uma profissão e levá-lo à aplicação tecnológica dos conhecimentos meramente abstratos transmitidos até então pela escola” (*apud* Cunha, 1976: 9). As normas para o tratamento à preparação para o trabalho nos sistemas de ensino eram definidas, para cada grau, pelo respectivo Conselho Estadual de Educação (CEE). Para a oferta de habilitação profissional continuavam sendo exigidos os mínimos de conteúdo e duração fixados pelo CFE.

Nesses termos, a regulamentação da formação profissional esteve indissociada da regulamentação da educação escolar, pois a lei n. 5.692/71 determinava que a formação de cultura geral e a formação especial voltada para uma habilitação profissional ocorressem em um mesmo currículo, na totalidade da carga horária prevista para o ensino de 2º grau. A duração dos cursos era de três ou quatro séries anuais, conforme previsto para cada habilitação, compreendendo, pelo menos, 2.200 ou 2.900 horas. A parte específica de formação profissional do currículo devia predominar em relação à geral. O parecer n. 45/72, que estabeleceu os mínimos para 130 habilitações (posteriormente ampliadas para 158), delimitava claramente a distinção das partes de formação geral e especial do currículo.

O parecer n. 75/76, já no movimento de flexibilizar a profissionalização compulsória, considerou a possibilidade de se aumentar a carga horária das disciplinas de educação geral e também de se computá-la na

⁸ “Um sem número de projetos foi desencadeado nessa direção: Polo Nordeste, Edurural, Programas de Ações Socioeducativas e Culturais para as Populações Carentes do Meio Urbano (Prodasec) e do Meio Rural (Pronasec), Programa de Educação Pré-Escolar, entre vários outros, com a inevitável pulverização e a fragmentação da outrora coesa política educacional” (Shiroma, Moraes & Evangelista, 2003: 41-42).

parte especial. Com isto, reconheceu-se que disciplinas de formação geral podiam ser instrumentais para a habilitação, vindo a compor a parte da formação específica. Posteriormente, a lei n. 7.044/82 acabou determinando somente a carga horária destinada ao 2º grau em pelo menos 2.200 horas em três séries anuais. Quando se tratasse também da formação para habilitações, esse mínimo poderia ser ampliado pelo CFE, de acordo com a natureza e o nível dos estudos pretendidos.

Baseado no levantamento realizado por Girardi (1996), 75% das habilitações técnicas em saúde existentes foram regulamentadas na década de 1970. Essa regulamentação abrange diversas áreas de atuação: administração hospitalar, análises clínicas, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, radiologia, ótica, reabilitação, saneamento e saúde bucal.

A Regulamentação no Contexto Neoliberal

A década de 1980 representa uma inflexão na trajetória que até então predominava na política de saúde e particularmente na regulação da formação profissional, em razão do aceleração no processo de redemocratização da sociedade. Em 1988, o movimento da Reforma Sanitária consegue algo inédito na história constitucional. Na Constituição (Brasil, 1988) é aprovado o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, artigo 196). É também aprovado o artigo 200, inciso III, que reserva ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

A aprovação dessa determinação constitucional parece derivar-se, entre outros, dos esforços que o então denominado ‘Projeto Larga Escala’ realizou desde o final dos anos 70, para a formação do grande contingente de trabalhadores inseridos dentro dos serviços de saúde, mas sem qualificação profissional. Com esse dispositivo, a normatização da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, que até então era uma competência exclusiva do MEC, deveria deslocar-se para o campo da cooperação interinstitucional, no sentido de estabelecer diretrizes e regulações negociadas com o Ministério da Saúde.

Segundo a perspectiva emanada da Lei Orgânica da Saúde (8.080, de 19 de setembro de 1990), essa formação deve ser integrada e organizada no interior de “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (artigo 27, inciso I). Mas essa perspectiva ainda não se realizou. Da mesma forma, o mandato constitucional que definiu a atribuição do SUS para “ordenar a formação” também não foi regulamentado. Isso ocorreu à revelia das propostas aprovadas nas conferências nacionais de saúde (CNS) realizadas desde 1992, que, sem negarem as iniciativas voltadas para a profissionalização e/ou requalificação dos trabalhadores já inseridos nos serviços, acenam para uma perspectiva mais ampla de construção de um sistema de formação comprometido com as mudanças no modo de produzir saúde.

A IX CNS, realizada em 1992, no auge do processo de *impeachment* de Fernando Collor de Mello, deliberou sobre a necessidade de assegurar uma política de formação que se articulasse com os órgãos formadores, assim como sobre a garantia imediata da regulamentação daquela atribuição do SUS.

A X CNS, em 1996, no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), aprovou o Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos de Saúde, no qual se destacam: a) o fortalecimento dos vínculos com as universidades, visando à mudança na formação dos trabalhadores, em todos os níveis de ensino, na perspectiva da atenção integral à saúde; b) o estímulo ao uso das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação, com supervisão pelas unidades de ensino e de serviço; c) a criação de novos cursos de níveis médio e superior na área de saúde, de acordo com as necessidades do SUS, identificadas com base em critérios epidemiológicos e na manifestação dos conselhos de saúde; d) a qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área de saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento. Além disso, recomendou que os gestores do SUS, com o apoio das agências de fomento à pesquisa, participassem de projetos de avaliação das instituições formadoras, bem como da implantação e da manutenção técnica e financeira de centros

formadores de trabalhadores em saúde, autônomos, com atuação integrada aos conselhos estaduais e municipais de saúde e às secretarias de educação e universidades (Ceccim, Armani & Rocha, 2002).

Na XI CNS, em 2000, destaca-se a aprovação da proposição de que, para garantir o fortalecimento dos princípios do SUS, seu caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização do atendimento,

(...) os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo modelo de atenção à saúde preconizado e aos antigos em atuação na rede deve ser assegurado um programa de educação continuada através de escolas técnicas e de escolas de saúde pública dos estados. (*apud* Ceccim, Armani & Rocha, 2002: 379)

Além disso, a XI CNS aprovou a necessidade de haver, por parte da esfera pública, a destinação de recursos financeiros para a formação dos trabalhadores de saúde – definindo um perfil profissional apropriado às necessidades locais – e, mais do que isso, defendeu a proposta de assegurar um mínimo de 1% do orçamento da saúde para a capacitação de trabalhadores, em cada esfera de governo, aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. Nessa conferência, foi reiterada novamente a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF e de revisão das estruturas curriculares dos cursos, enriquecendo-os com debates sobre política de saúde, legislação em saúde, trabalho em saúde e saúde coletiva. Finalmente, destacam-se duas recomendações que foram aprovadas tendo em vista a formação dos trabalhadores de saúde e a regulação educacional:

(...) que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos que regulem a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e a ampliação de vagas na área de saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, em cumprimento à lei n. 8.080/1990, artigo 6º, parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. (*apud* Ceccim, Armani & Rocha, 2002: 379)

Garantir uma escola integrada com o serviço de saúde com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de saúde de sua região, seu país

e seu mundo e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por meio, por exemplo, da extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o sistema de saúde. (*apud* Ceccim, Armani & Rocha, 2002: 380)

Portanto, as CNS de 1992, 1996 e 2000 não deixaram de indicar, em primeiro lugar, a importância de uma formação ampliada dos trabalhadores de saúde, engajada – técnica e politicamente – com a construção do SUS universal, integral e equitativo. Em segundo lugar, ressaltaram também a necessidade de autonomia e reafirmaram a importância do financiamento da esfera pública em relação às escolas técnicas, inclusive definindo percentual mínimo obrigatório. Por último, exigiram a de ordenação da formação em saúde de acordo com as necessidades da população e do SUS, em razão das mudanças que se operam na dinâmica populacional e do avanço na (re)organização do próprio sistema.

Do ponto de vista da regulação profissional, se a década de 1970 foi marcada pelo *boom* de regulamentação educacional, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por demandas de reconhecimento das profissões técnicas médias.

De fato, os pleitos das categorias profissionais de nível secundário realizados no período invariavelmente reivindicavam *exclusividade no exercício de determinada técnica ou função, autonomia frente aos profissionais de nível universitário e formação de conselhos reguladores do exercício profissional*. Foi hábito, ainda, de tais proposições – embora não seja o caso de grande parte dos projetos encaminhados – a reivindicação de *salários mínimos profissionais e aposentadorias especiais*. O grau de sucesso que as categorias ocupacionais de nível médio obtiveram com relação a essas demandas de profissionalização no entanto foi baixíssimo, conforme constata-se a partir dos dados obtidos. (Girardi, Fernandes & Carvalho, s.d.: 12-13 – grifos do autor)

Tais demandas ocorrem em um contexto marcado por profundas mudanças no estado brasileiro, tendo em vista a implantação das políticas de ajustes neoliberais e a consolidação de um amplo consenso

em torno das suas metas principais: liberalização, desregulamentação e privatização, principalmente a partir da segunda metade dos anos 90. No campo educativo, o ajuste neoliberal se manifestou na difusão do ideário da ‘sociedade do conhecimento’ e da ‘pedagogia das competências’, considerando os problemas e as contradições do capital na busca da redefinição de um novo padrão de acumulação em virtude da crise de organização e de relação fordista. É no contexto de intensa exclusão dos trabalhadores manifestada pelo crescente desemprego estrutural que se dá uma aparente valorização da dimensão humana do trabalhador, de sua qualificação e participação, porém com uma perspectiva altamente individualista e com o enfraquecimento da luta social.

A emergência dessas novas noções está associada à nova materialidade das relações intercapitalistas – particularmente as transformações que começariam a se operar nas grandes corporações transnacionais a partir dos anos 70, baseadas em novas estratégias de acumulação de capital –, assim como às mudanças na base técnico-científica do processo e conteúdo do trabalho – mediante, sobretudo, a recomposição orgânica do capital com a substituição de tecnologia fixa por tecnologia flexível;⁹ o acelerado aumento do trabalho morto em detrimento do trabalho vivo;¹⁰ a reestruturação empresarial; a combinação das forças de trabalho e estruturas financeiras; a ampla difusão das tecnologias de informação e comunicação (TICs); e a generalização da utilização diretamente produtiva da ciência e da tecnologia que permeariam, cada vez mais, as atividades cotidianas.

A ideologia da ‘sociedade do conhecimento’ ou ‘sociedade da in-

⁹ Dito de outro modo, a base técnica da produção no regime de produção fordista era predominantemente mecânica, não sendo possível programar ou reprogramar as máquinas para funções distintas daquelas para as quais foram projetadas, as quais, por sua vez, exigiam operadores especializados no seu funcionamento. Por isto definir esse tipo de tecnologia como ‘fixa’. Com o desenvolvimento da informática e de novos materiais, associado a novos modelos de gestão, a produção passa a se basear numa tecnologia ‘flexível’; isto é, máquinas multifuncionais e reprogramáveis sendo operadas e/ou supervisionadas por trabalhadores polivalentes.

¹⁰ Trabalho morto quer dizer trabalho objetivado, trabalho passado; isto é, trabalho vivo que se transformou em coisas. As máquinas são trabalho morto ao passo que os trabalhadores são trabalho vivo. O desenvolvimento industrial visando à geração de lucros e à acumulação de capital sempre se baseou na substituição do trabalho vivo, isto é, do trabalho feito por pessoas, por trabalho morto – a maquinaria que, agora, é trabalho objetivado. O caráter flexível das novas tecnologias e do trabalho no atual modelo de produção ampliou significativamente esse processo, chegando a eliminar por completo alguns postos de trabalho e elevando substantivamente o desemprego que deixa de ser conjuntural para se tornar estrutural. Sobre este conceito ver Marx (2006).

formação’ passa a ideia de que o grande diferencial entre riqueza e pobreza – seja das nações, seja dos indivíduos – é o conhecimento, uma vez que as economias estão se baseando cada vez menos no trabalho e cada vez mais no conhecimento. É um conceito que cresce à sombra das teses do fim das ideologias, do trabalho e da história e se firma tendo em vista que, tal qual a teoria do capital humano – embora de forma mais sutil e, nesse sentido, mais violenta –, omite as relações de classe e de poder que determinam como esse conhecimento/informação se produz, se processa e se distribui (Frigotto, 1995; Neves & Pronko, 2008).

É nesse contexto marcado pela eliminação de postos de trabalho – ou de desemprego estrutural – e redefinição dos conteúdos do trabalho, de um lado, e pela fragilidade dos laços de identidade social, pela retração dos direitos sociais e pelo acirramento do individualismo, de outro, que emerge a noção de competência associada à noção de empregabilidade. Ramos (2001) indica que o surgimento do modelo de competência tem relação direta com as transformações produtivas, principalmente com a generalização do modelo japonês de produção flexível, que impulsionaria novas estratégias competitivas, incluindo a inovação em tecnologia, a gestão de recursos humanos e a mudança de perspectivas dos atores sociais da produção. Ao mesmo tempo, tal modelo vem acompanhado de um reordenamento social no âmbito do trabalho, que suscita dúvidas quanto à sobrevivência de atividades bem delimitadas em um contexto de instabilidade e insegurança social, associado a novas concepções do trabalho baseadas na flexibilidade e na reconversão permanente do emprego.¹¹

O desemprego é um problema social concreto, determinado pelo conjunto de mudanças econômico-políticas engendradas pela doutrina neoliberal; entretanto, as possibilidades de sua superação são atribuídas

¹¹ Tratamos de dois tipos de flexibilidade do trabalho. Uma delas é interna à organização produtiva e tem como requisito a polivalência do trabalhador. À medida que o processo de trabalho deixa de ser fragmentado e hierarquizado, passando a ser integrado em equipes ou células de produção, ele se torna mais flexível, podendo ser programado e reprogramado de acordo com demandas, metas etc. Nesses termos, o trabalhador precisa estar preparado para realizar múltiplas tarefas e/ou mudar de funções – isto é, ser flexível – sempre que a flexibilidade da produção assim requerer. O outro tipo de flexibilidade é externa à organização e tem como requisito a ‘empregabilidade’ do trabalhador. Trata-se da naturalização do desemprego, de modo que a qualificação e a profissão não estariam mais na base de um projeto linear e ascendente na carreira, mas seriam a preparação técnica, intelectual e emocional para a reconversão permanentemente do emprego (trocar de emprego) ou mesmo para permanecer algum tempo desempregado. Sobre este conceito, ver Ramos (2001).

ao aumento de escolaridade e da qualificação, ou especialmente à aquisição permanente e renovável de competências verificáveis na ação do trabalho. Assim, ambas as noções – competência e empregabilidade – cumprem uma função ideológica na medida em que ocultam a essência do fenômeno do desemprego, da pobreza, da desigualdade e da exclusão social. A noção de empregabilidade é coerente com essa realidade, pois coloca sob a responsabilidade do indivíduo a manutenção das suas competências para se manter ou arranjar outro emprego. Um trabalhador ‘não-empregável’ é um trabalhador não formado para o emprego, despreparado para acompanhar as mudanças do mundo do trabalho; em síntese, não competente. Assim sendo, o acesso (ou não) ao emprego depende da sua vontade individual de formação permanente de novas competências sempre renováveis, que o habilitem a se inserir em um mercado em constante mutação.

A aprovação da LDB em 1996¹² significou o início de um movimento de reformas na educação brasileira, que tomou corpo mediante as regulamentações posteriores realizadas na estrutura educacional – no caso da Educação Profissional, o decreto n. 2.208, de 17 de abril de 1997 –, e outras de ordem conceitual mediante a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental, do Ensino Médio ou da Educação Profissional de Nível Técnico. A elaboração dessas diretrizes ficou a cargo da União – com a colaboração do CNE. Tais diretrizes tornaram-se verdadeiros documentos regulamentadores da formação de trabalhadores no que diz respeito tanto aos níveis de escolaridade quanto à educação profissional.

A Educação Profissional foi incorporada pela LDB como processo educacional específico, não vinculado necessariamente a etapas de escolaridade, voltado para o permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. Não deixa de haver aqui um paradoxo, pois, se a formação profissional seria desvinculada do processo educacional, apenas tendo os respectivos níveis escolares como pré-requisitos, porque tê-la no âmbito da lei maior da educação? A resposta a este paradoxo pode ser múltipla. Primeiro, como uma maneira de se legitimar essa

¹² Há inúmeros estudos que analisam o curso da apreciação do projeto de LDB no Congresso Nacional e a derrota da sociedade civil progressista organizada consubstanciada na aprovação do projeto de lei apoiado pelo Poder Executivo, de autoria do senador Darcy Ribeiro, em detrimento do que tramitava na Câmara dos Deputados que havia sido largamente debatido com a sociedade. Sobre tal assunto, sugerimos a leitura de Saviani (2006).

distinção; segundo, porque o projeto de lei aprovado era, na verdade, uma adaptação minimalista do projeto original, de modo que muitos dos dispositivos do primeiro acabaram permanecendo, mas, por vezes, sem uma lógica orgânica em relação ao conjunto do novo texto e mesmo aos propósitos ideológicos a ele subjacentes.

De todo modo, o que importa no momento é que o desenvolvimento da Educação Profissional foi admitido por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho. Introduz-se, aqui, a ideia da articulação entre Educação Profissional e ensino regular (artigos 39 a 42), mantendo-se a especificidade de cada um deles.

O decreto n. 2.208/97, que regulamentou os artigos 39 a 42 e o parágrafo 2º do artigo 36 da LDB, estabeleceu níveis para a Educação Profissional, a saber: básico, técnico e tecnológico. O nível técnico destinava-se a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos de Ensino Médio, devendo ter organização curricular própria e independente do primeiro, podendo ser oferecida de forma concomitante ou sequencial a este (artigo 5º). Com isto instituiu-se a separação curricular entre o Ensino Médio e a Educação Profissional.

A finalidade do 2º grau definida pela lei n. 5.692/71 como a “qualificação para o trabalho” se cumpria por meio das “habilitações específicas”, definidas pelo parecer n. 45/72 como

o resultado de um processo por meio do qual uma pessoa se capacita para o exercício de uma profissão ou para o desempenho das tarefas típicas de uma ocupação (...). As habilitações profissionais que são obtidas mediante o cumprimento de currículos oficialmente aprovados e os respectivos diplomas e certificados, devidamente registrados, conferem aos portadores direitos específicos de exercício das profissões. (Parecer 45/72, itens 7.1.1. e 7.1.2)

O parecer n. 75/76 redefiniu a noção de habilitações no 2º grau, partindo do princípio de que não seria viável, nem desejável, que todas as escolas se transformassem em escolas técnicas (Cunha, 1976). Assim, ao invés de habilitações profissionais específicas, instituíram-se as habilitações básicas, entendidas como “o preparo básico para iniciação a uma área específica de atividade, em ocupação que, em alguns casos, só

se definiria após o emprego” (Cunha, 1976). É com esse espírito, como vimos, que a lei n. 7.044/82 substituirá a finalidade de “qualificar para o trabalho” pela de “preparar para o trabalho”.

Esta última finalidade foi reiterada pela lei n. 9.394/96, fazendo-se também referência à “habilitação profissional” como uma possibilidade a ser desenvolvida no Ensino Médio, quando este preparar o educando para o exercício de profissões técnicas. A preparação geral para o trabalho e, facultativamente, a habilitação profissional – diz o parágrafo 2º do artigo 36 – poderão ser desenvolvidas nos próprios estabelecimentos de Ensino Médio ou em cooperação com instituições especializadas em Educação Profissional. Note-se que a nova lei preserva, em certa medida, o espírito da lei n. 7.044/82 quanto à generalidade da preparação para o trabalho e à especificidade das habilitações técnicas como possibilidade e não obrigatoriedade. O que há de distinção fundamental na nova lei é o asseguramento da formação geral do educando, não se podendo substituí-la pela habilitação profissional.

Enquanto que em relação às leis n. 5.692/71 e 7.044/82 foram os pareceres do CFE que regulamentaram o significado do termo ‘habilitação profissional’, sob vigência da LDB, o decreto n. 2.208/97 antecedeu a regulamentação feita pelo CNE, que posteriormente elaborou as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

Diferentemente das legislações anteriores, as cargas horárias mínimas não foram estabelecidas para as habilitações e sim para as áreas profissionais. Estas foram definidas pelo MEC como agrupamentos de atividades semelhantes em seus propósitos, objetos e/ou processos de produção, cada qual configurada por um perfil de competências profissionais gerais. As habilitações técnicas passaram a ser recortes específicos dessas áreas, por inclusão de competências profissionais específicas. As instituições formadoras adquiriram autonomia para propor habilitações com diferentes currículos e títulos, desde que vinculadas às respectivas áreas profissionais.

Sem uma regulamentação prévia por habilitações, a única exigência para que o diploma do curso tivesse validade nacional passou a ser seu cadastramento no Cadastro Nacional de Cursos do MEC. Nesse contexto, houve o cadastramento de uma enorme quantidade de títulos profissionais com currículos distintos. Também currículos equivalentes

foram cadastrados conferindo títulos diferentes. O pressuposto era de que, uma vez que a formação se dava no âmbito de uma área profissional, o próprio mercado de trabalho responsabilizar-se-ia por classificar os títulos e as pessoas de acordo com suas demandas.

Quanto à organização curricular, enquanto no parecer n. 45/72 os mínimos constavam de matérias e carga horária por habilitação, o parecer n. 16/99 listou um conjunto de competências profissionais gerais¹³ para cada uma das vinte áreas profissionais (posteriormente ampliadas para 22), bem como a carga horária mínima (800, 1000 ou 1200 horas). Os currículos poderiam ser organizados em módulos – inicialmente definidos como o agrupamento de disciplinas (decreto n. 2.208/97, artigo 8º) – e, posteriormente, como “um conjunto de ações didático-pedagógicas sistematizadas para o desenvolvimento de competências significativas que permitam ao aluno a aquisição de algum tipo de formação” (Brasil/CNE, 1999: 27). Os módulos poderiam ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional, dando direito, neste caso, a certificado de qualificação profissional.

A modularização foi compreendida como estratégia de flexibilidade curricular, permitindo aos alunos a construção de itinerários diversificados, segundo seus interesses e possibilidades. Ao conferir uma qualificação, a conclusão modular, por suposto, permitiria ao indivíduo algum tipo de exercício profissional antes ou a despeito da conclusão da habilitação. Sob a legislação anterior, o currículo, por basear-se em matérias e disciplinas organizadas segundo uma determinada sequência didática, fazia com que a formação ocorresse ao longo do curso e a obtenção do título na habilitação profissional só fosse possível cumprindo-se tal sequência. Sob a nova lógica, o somatório de unidades modulares poderia levar à habilitação, admitindo-se diversas sequências ou trajetórias formativas definidas pelo próprio aluno, de acordo com a regulamentação estabelecida pela escola.

Pela resistência a esse modelo, em muitas escolas a organização

¹³ Essas competências seriam a base para uma formação polivalente, definida pelo parecer como o atributo de um profissional possuidor de competências que lhe permitam superar os limites de uma ocupação ou campo circunscrito de trabalho para transitar para outros campos ou ocupações da mesma área profissional ou de áreas afins. Supõe que tenha adquirido competências transferíveis, ancoradas em bases científicas e tecnológicas, e que tenha uma perspectiva evolutiva de sua formação, seja pela ampliação, seja pelo enriquecimento e transformação de seu trabalho (Brasil/CNE, 1999: 37-38).

modular predominante foi aquela de agrupamento de disciplinas, havendo uma interdependência entre os módulos. Ou seja, a sequência típica de um curso integrado foi modificada sem, entretanto, se perder a referência disciplinar que caracterizava a forma tradicional de organização curricular. Em outros casos, buscaram-se referências distintas das ocupações restritas, na tentativa de se organizarem módulos com fundamentos científicos da profissão.¹⁴ Em ambos os casos, entretanto, esbarrou-se na dificuldade de o módulo ter uma terminalidade e conferir uma qualificação e titulação.

O elemento mais provocador de mudanças e/ou instabilidades nas escolas foi a noção de competências – definidas para cada uma das áreas profissionais – contrapondo-se aos conteúdos de ensino. Como demonstrado em Ramos (2001), houve uma tentativa de se implantar no Brasil um ‘sistema de competências’ tal como já ocorria em alguns países. Não por acaso, então, a LDB de 1996 não regulamentou a Educação Profissional em geral e a técnica de nível médio em particular nos capítulos referentes à Educação Básica, mas sim em capítulo próprio. A desvinculação entre Educação Básica e Educação Profissional era um requisito necessário para que esta última tivesse regulamentação própria e pudesse ser transformada em política de trabalho e não mais de educação, também a exemplo de outros países.

Na verdade, o MTE, àquela época já assumia para si a formação profissional de adultos pouco escolarizados, especialmente visando à requalificação e reprofissionalização de pessoas desempregadas ou em vias de perder seus empregos, face à reestruturação econômico-produtiva que caracterizou as mudanças na relação capital-trabalho. Isto ocorreu largamente mediante o incentivo e fomento a instituições da sociedade civil, incluindo sindicatos de trabalhadores e patronais, na oferta de cursos de qualificação desvinculados de exigências formais de escolaridade. Trataram-se dos cursos que o decreto n. 2.208/97 designou como cursos de Educação Profissional de nível básico. Portanto, parte da educação profissional já estava, de certo modo, sob a responsabilidade do MTE.

A desvinculação entre Ensino Médio e habilitações técnicas de

¹⁴ Exemplos deste caso podem ser encontrados no Centro Federal de Educação Tecnológica de Química (Cefet-Química) e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

nível médio, por sua vez, completaria essa lógica, posto que o primeiro faria parte da política educacional de responsabilidade do MEC, sendo pré-requisito para a conclusão das segundas, as quais poderiam, então, igualmente se tornarem parte da política de trabalho e emprego. Note-se que essa é uma lógica própria dos sistemas de educação que conseguiram universalizar a Educação Básica de, pelo menos, doze anos de escolaridade e tornar a Educação Profissional ‘pós-obrigatória’. Nesses casos, ela é identificada com percursos de educação continuada ou de educação de adultos.¹⁵ Não sendo esta a realidade brasileira, a Educação Profissional, pelo menos a de nível médio, precisa ter algum grau de articulação ou integração com a Educação Básica, enquanto a educação de adultos precisa atender àqueles que não tiveram acesso à Educação Básica em idade considerada adequada. A única restrição da lógica de transferência da Educação Profissional para as políticas de trabalho e emprego seriam os cursos superiores de tecnologia já que esses não poderiam ser propriamente considerados como educação continuada.

Tal lógica, entretanto, não foi assimilada pela sociedade, de modo que a revogação do decreto n. 2.208/97 e a exarcação do decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004, mantiveram a Educação Profissional como política educacional. Caso o contrário tivesse ocorrido, certamente a Educação Profissional estaria intimamente ligada, quando não totalmente integrada, às políticas de regulamentação do exercício profissional. No caso da saúde, chegou-se a testemunhar uma ocorrência peculiar que foi o reconhecimento, pelo CNE/MEC, da formação do auxiliar de enfermagem por meio de cursos de qualificação profissional de nível médio, conforme parecer CEB/CNE 10/2000. Isto porque a presença desse tipo de profissional nos serviços de saúde estava de tal modo consolidada que a mudança da legislação educacional não seria suficiente para extinguir os respectivos postos de trabalho. Em outras palavras, a legislação educacional viu-se obrigada a adequar-se a configurações do exercício profissional.

Na verdade, a questão era: em face da atual legislação, como poderia haver uma profissão de nível médio que não fosse a de técnico de nível médio? Sabe-se que a figura do auxiliar técnico foi uma solução encontrada sob a égide a lei n. 5.692/71 para ‘titular’ estudantes que tivessem cursado as matérias da formação específica, mas não o estágio

¹⁵ Ver, sobre o assunto, a Declaração de Hamburgo sobre a Educação de Adultos.

curricular, à época obrigatório. Tratava-se de estudantes aos quais não poderia ser furtado o direito de conclusão do curso de 2º grau, posto que teriam cursado as matérias da formação geral; e não poder-se-ia, tampouco, negar a eles algum reconhecimento pela conclusão das matérias da formação específica. Estes, então, não seriam técnicos, mas sim auxiliares técnicos.

Não houve pleno reconhecimento de tal titulação para fins do exercício profissional em diversas áreas. Na saúde, entretanto, a configuração do ‘auxiliar de enfermagem’ se deu por caminhos próprios da organização e da formação interna aos serviços e não por força da legislação educacional. Isto explica a adequação da formação à dinâmica ocupacional no caso específico desse profissional. A tentativa de se manter alguma coerência com a política educacional implicou dois movimentos, a saber: a) considerar que o curso de qualificação profissional em auxiliar de enfermagem faria parte do itinerário formativo do técnico de nível médio em enfermagem; b) intensificar a formação dos atendentes em enfermagem (com escolaridade inferior ao 2º grau) como auxiliares e desses como técnicos, nos termos realizados pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (Profae/MS).

A revogação do decreto n. 2.208/97 e a exarcação do 5.154/2004, com a posterior inclusão de seu conteúdo na LDB (lei n. 11.741, de 16 de julho de 2008) não produziram novas diretrizes curriculares nacionais de imediato, o que ocorreu somente em 2012.¹⁶ De todo modo, o que temos ainda hoje são regulamentações específicas, por um lado, para a Educação Profissional e, por outro, para o exercício profissional. O *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* publicado pelo MEC tornou-se um instrumento necessário e útil às escolas para a abertura e oferta de cursos, face à maior flexibilidade que, como vimos, caracteriza a legislação pós-LDB de 1996. O *Catálogo*, em alguma medida, considerou a configuração e a dinâmica ocupacional do mercado de trabalho contemporâneo, com as quais se espera que a oferta em Educação Profissional possa minimamente convergir.

Pode-se dizer, portanto, que as especificidades e autonomias relativas das esferas da educação e do trabalho se mantêm, mesmo que a

¹⁶ Resolução CNE/CEB n. 6, de 20 de setembro de 2012, publicada em D. O. U. em 21 de setembro de 2012. Uma análise crítica sobre a “era das diretrizes” e o conteúdo das propostas que deram origem a esta última resolução podem ser encontradas em Ciavatta e Ramos (2012).

educação e a regulamentação profissional sejam objetos correlatos e, por vezes, contraditórios. Genericamente, porém, pode-se traçar a lógica das regulamentações. Em se tratando de leis, ter-se-á matérias específicas para o Congresso Nacional. Em se tratando de decretos, caberá à Casa Civil deliberar sobre o assunto, consultando, dependendo do objeto, os respectivos ministérios ou, se for o caso, vários deles, tendo sempre a precedência daquele mais afeto ao objeto. Finalmente, o MEC/MS/MTE podem exarar portarias sobre matérias que lhes são próprias, desde que não firam a legislação maior, e podem, ainda, publicar pareceres e resoluções elaborados por seus órgãos colegiados de assessoramento – normalmente os respectivos conselhos – também respeitando a legislação vigente.

Finalmente, regulamentações e, principalmente, regulações do exercício profissional propriamente dito, para além dos instrumentos legais produzidos no âmbito do Estado *stricto sensu* podem ser produzidas legitimamente pela sociedade civil. Trata-se de uma prerrogativa de qualquer grupo profissional estabelecer seus critérios de ordem científica, técnica e ético-política para ingresso e permanência nesse mesmo grupo e para que alguém seja reconhecido como um de seus membros. Para além de formalizações e restrições, tais regulamentações e regulações valem também para a configuração de identidades profissionais por referência ao pertencimento a um grupo.

Considerações Finais

A análise aqui apresentada não pretende ser conclusiva. Ao contrário, ao trazer a preocupação de historicizar a regulamentação da Educação Profissional, tendo como pano de fundo o processo contraditório da democracia no Brasil, com seus avanços e recuos, pretendeu contextualizá-la na dinâmica do permanente questionamento e busca de soluções com que o exercício profissional e as relações sociais desafiam a formação de trabalhadores, especificamente no campo da saúde.

Vimos que o ensino técnico em saúde no país foi tardiamente regulamentado e não seguiu o mesmo curso da instituição, expansão e consolidação do ensino industrial, ainda que suas histórias sejam particularidades interconexas do tortuoso e contraditório movimento da re-

lação entre trabalho, educação e saúde no Brasil. A história da educação e da saúde em nosso país vincula-se estreitamente à história do nosso desenvolvimento industrial e da formação de nossa classe trabalhadora, no contexto entre e pós-guerras, de reordenamento da hegemonia do capital internacional em favor dos Estados Unidos e de opção por um capitalismo de tipo associado e dependente.

As políticas de educação e de saúde voltadas para os trabalhadores foram necessárias ao capital, pois garantiram a reprodução ampliada da força de trabalho para um parque produtivo em crescente expansão desde 1930 e em retração a partir dos anos de 70. Qualificação profissional, preservação da vida, segurança e ordem pública foram requisitos do projeto desenvolvimentista brasileiro, antes mesmo de assim professarem as teorias desenvolvimentistas, sob o princípio da conciliação entre capital e trabalho que presidiu o regime fordista de acumulação capitalista. Este já era hegemônico nos países de capitalismo avançado quando o Brasil passou do modelo econômico agrário-exportador para o urbano industrial na década de 1930. No período neoliberal, em seu formato ortodoxo dos anos 90 e mais ‘social’ dos anos 2000, esses requisitos não desapareceram, mas deslocaram-se da égide do Estado para o mercado e o indivíduo.

Por ser este o contexto dos processos de regulamentação profissional e educacional em saúde em nosso país daquele período até hoje, tratamos de leis, decretos, portarias, pareceres e resoluções sobre o tema na sua historicidade, como um conjunto normativo que faz parte de uma totalidade mais ampla. Esta envolve o desenvolvimento industrial e da medicina previdenciária, a conquista da saúde e da educação públicas como direitos universais, as conquistas trabalhistas e o reverso do crescimento econômico dependente, que é a superexploração do trabalho e o crescente desemprego estrutural na contemporaneidade.

Trouxemos brevemente a história das ‘constituições’ brasileiras para a introdução deste texto não por acaso, mas sim para demonstrar que a referência legislativa máxima de uma nação pode não ser construída pelo que lhe dá sentido: o povo. Ao contrário, pode-se fazê-lo a seu despeito ou contra ele, mesmo que por vezes se enunciem medidas em nome do povo ou para o povo. Certamente essa discussão requereria aprofundar o conceito de democracia, o que não nos cabe aqui. Cabe,

porém, chamar a atenção para o fato de que o caráter mais ou menos democrático de um processo e de um instrumento constitucional se manifesta não somente nele próprio, mas em toda a regulamentação que se produz sob o seu abrigo. Por isto, a legislação, a regulamentação de qualquer processo ou objeto da vida social não é tema só de legisladores, é sim tema de cidadãos, de sujeitos singulares e coletivos que produzem a riqueza e enfrentam a pobreza de seu país.

Vimos, inclusive, que o caráter mais ou menos centralizado do poder político e econômico na esfera executiva influencia na dinâmica de elaboração e de implementação das normas nas diversas unidades da Federação. Portanto, o tema da descentralização tem importante relevância quando se trata de política pública. Também não é aqui o espaço para abordá-lo, mas trata-se de outro pano de fundo a ser considerado ao se analisar as regulamentações profissionais e educacionais em geral e na saúde em particular.

Não esgotamos aqui as características, os princípios e os problemas econômicos, políticos e sociais próprios do capitalismo, em suas fases desenvolvimentista e neoliberal, nas quais contextualizamos nossa análise. Esperamos ter sinalizado para a indissociabilidade entre os mecanismos de recomposição do capital, as lutas pelos direitos sociais e as políticas públicas que se materializam nas regulamentações. Essas são mediações da dinâmica contraditória da sociedade que têm configurações históricas próprias a serem captadas com lentes apuradas da pesquisa social, mas que se manifestam sensível ou visivelmente em nosso cotidiano.

Finalmente, precisamos dizer que, embora referenciado nos documentos oficiais que marcaram o caminho da regulamentação, é preciso ler este texto como uma tentativa de oferecer bases, não apenas de interpretação, mas também, e sobretudo, de argumento para conquista das mudanças normativas que atendam às reais necessidades do trabalho, dos trabalhadores e de sua qualificação como profissionais da saúde. Esta é a razão de sempre procurar explicitar, no texto, a relação dos documentos específicos de regulamentação com o quadro mais amplo do movimento histórico-político-econômico-social de cada momento.

Nesse sentido, a intenção é de abertura de linhas de investigação e de ação transformadora, fundamentadas na análise crítica da realidade,

para encontrar respostas aos desafios de uma formação profissional totalmente humana.

Referências

BRAGA, J. C. de S. & PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de out. 1988. Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil*, de 10 de nov. 1937. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Lei n. 4.024, de 20 dez. 1961. Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm>. Acesso em nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Decreto n. 2.208, de 17 abr. 1997. *Educação Profissional: legislação básica*. Brasília: Proep, 1998.

BRASIL. Decreto n. 5.154, de 23 jul. 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os art. 39 a 41 da lei n. 9.394, de 20 dez. 1996. Disponível em: <www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pedf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_parecer_1699.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 dez. 1996. *Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Educação profissional – legislação básica*. Brasília: Proep, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB n. 16/99. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: MEC, 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_parecer1699.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Edu-

cação. Parecer n. 45, de 14 jan. 1972. Trata da qualificação para o trabalho no ensino de 2º grau. O mínimo a ser exigido para cada habilitação profissional. Brasília, 1972.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. & ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2): 373-383, 2002.

ClAVATTA, M. & RAMOS, M. A 'era das diretrizes': a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. *Revista Brasileira de Educação*, 17(49): 11-37, jan.-abr. 2012.

CORDEIRO, H. de A. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

CUNHA, L. A. *Política Educacional no Brasil: a profissionalização no ensino médio*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DORNELLES, S. Sindicalismo e enfermagem no Brasil. In: GEOVANNINI, T. et al. (Orgs.). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

FRIGOTTO, G. *Educação e a Crise do Capitalismo Real*. São Paulo: Cortez, 1995.

GIRARDI, S. N. *Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos Anos 90*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H. & CARVALHO, C. L. *A Regulamentação das Profissões em Saúde*. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Nescon-FMUFMG, s.d. (Mimeo.)

IANNI, O. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LIMA, J. C. F. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, 2010. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, A. L. & PINTO, M. M. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 10(3): 1.037-1.051, 2003.

- MACHADO, L. *Educação e Divisão Social do Trabalho*. São Paulo: Cortez, 1989.
- MARX, K. *Manuscritos Econômicos – filosóficos*. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. *O Mercado do Conhecimento e o Conhecimento para o Mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.
- RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- SAVIANI, D. *A Nova Lei da Educação-LDB: trajetória, limites e perspectivas*. Campinas: Autores Associados, 2006.
- SADEK, M. T. O pacto federativo em questão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 15(42): 153-166, jan. 2000.
- SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M. & EVANGELISTA, O. *Política Educacional*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- VIANNA, L. W. *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil Anos 2000¹

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

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 dos 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).²

¹ 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).

² 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).

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,³ realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), e da Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS),⁴ 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. Iniciou-se, assim, a construção do Banco de Dados da Educação Profissional em Saúde (BEPSaúde), disponível no *site* 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. 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

³ 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.

⁴ 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.

(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.

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 & 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.

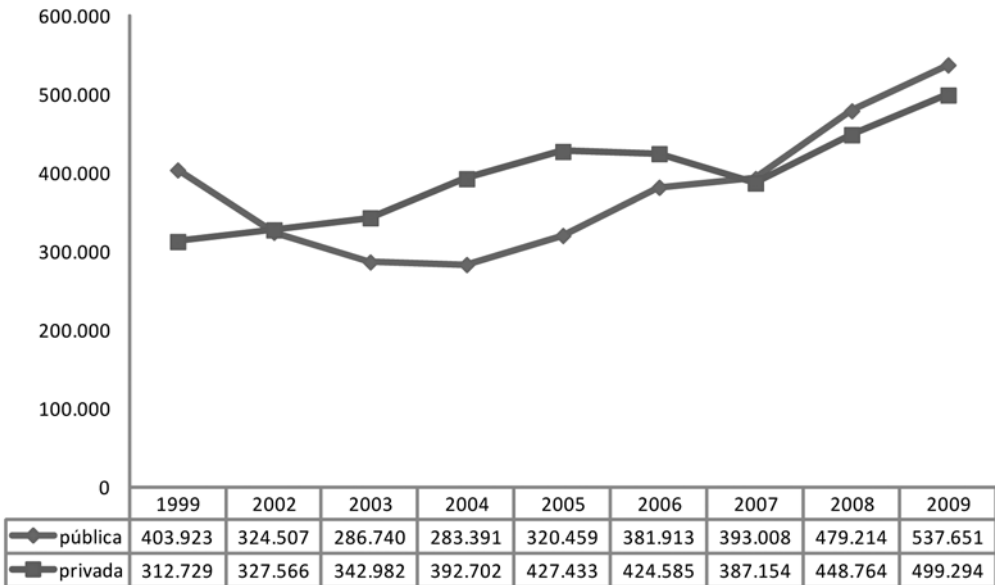
O I Censo da Educação Profissional, realizado pelo MEC/Inep em 1999,⁵ mostra uma predominância do setor público no que diz respeito às matrículas na educação profissional de nível técnico. Naquele ano, do total de 716.652 matrículas verificadas, 56% concentravam-se na rede pública, 37% nas escolas técnicas das redes estaduais. O Gráfico 1 apresenta a evolução da matrícula na educação profissional por dependência administrativa, de 1999 a 2009.⁶ 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 n. 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 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: 26) afirma: “A educação profissional tornou-se órfã do dever do Estado em matéria de financiamento e sua responsabilidade ficou diluída”.

⁵ Apenas em 1999 foi realizado pelo MEC/Inep um censo específico sobre educação profissional. A partir de 2001, esses dados passaram a fazer parte do Censo da Educação Básica.

⁶ Não se dispõe de dados referentes aos anos 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.

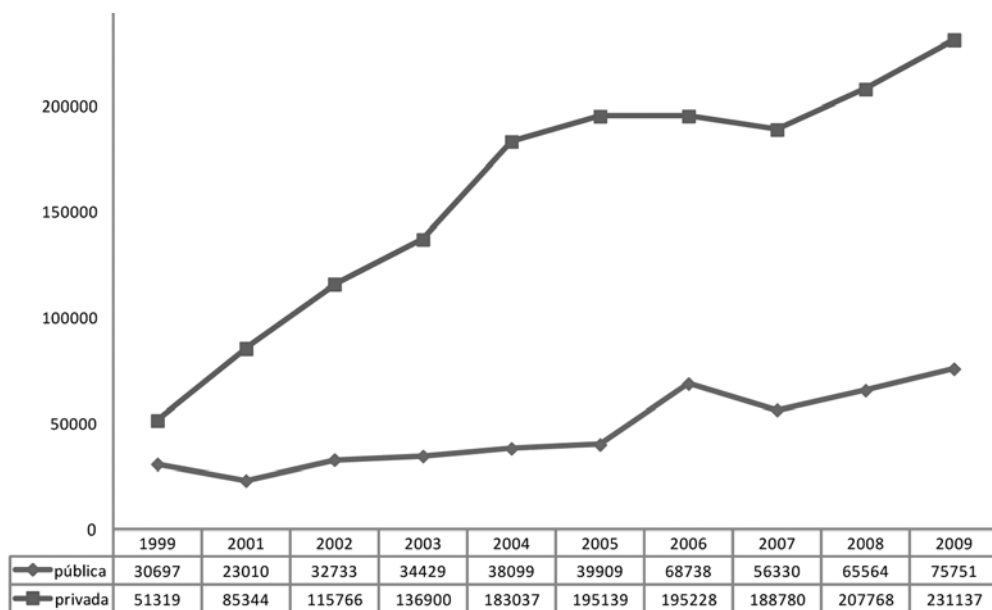
Gráfico 1 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico, por dependência administrativa. Brasil – 1999-2009



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 & 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: 23).

Assim, a educação profissional, ao tornar-se “órfã do dever do Estado” (Cury, 2002:26) 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?⁷ 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 abrangente dos processos em curso na sociedade 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

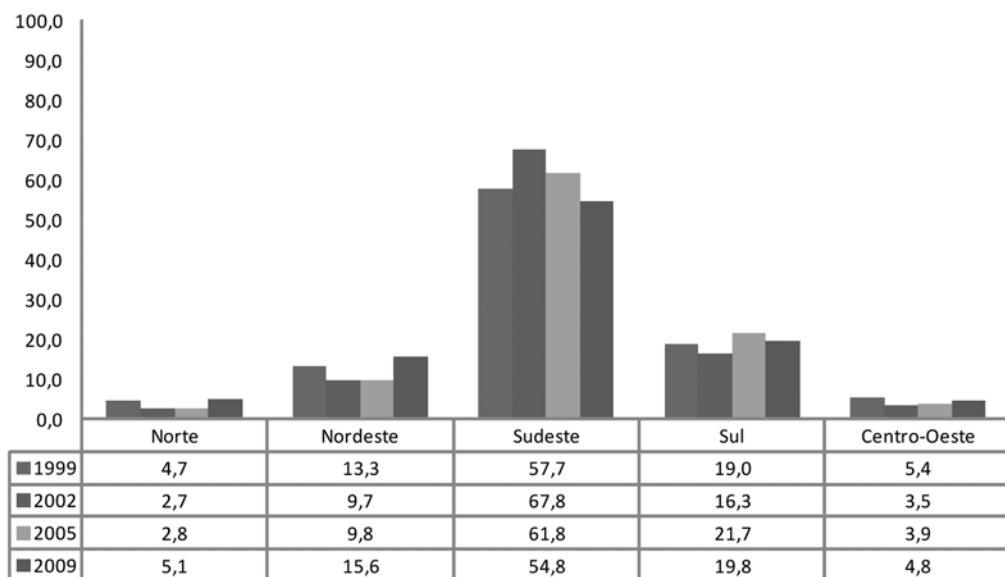
⁷ Em 2005, no ponto mais crítico da privatização da formação técnica em saúde, menos de 17% dos matriculados frequentavam instituições públicas.

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

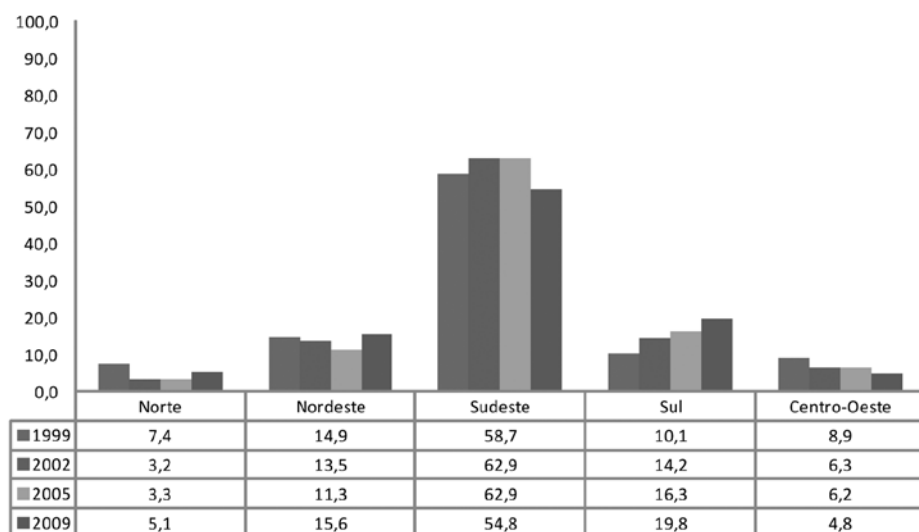


Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

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 diminuiu 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.

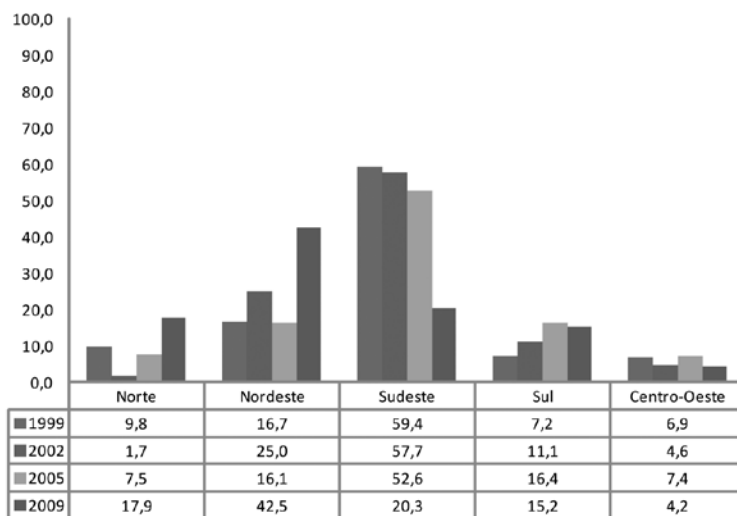
Gráfico 4 – Matriculados em saúde, por grandes regiões



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

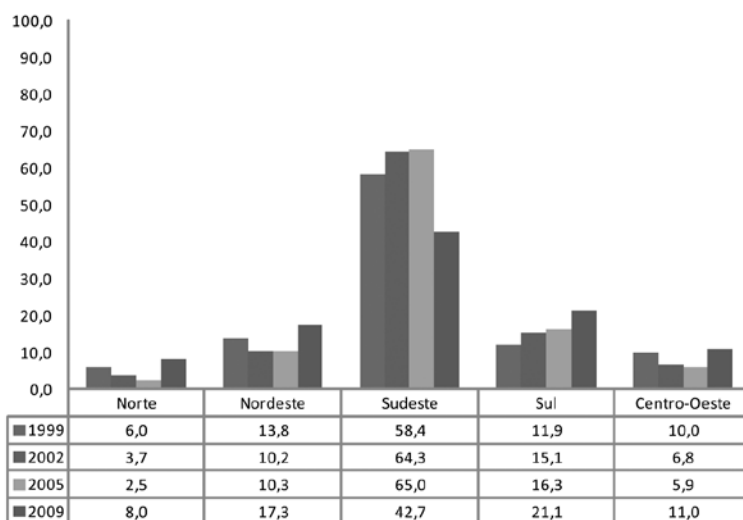
É interessante ainda registrar que a análise da evolução das matrículas públicas segundo a região geográfica (Gráfico 5) indica uma progressiva desconcentração na região Sudeste acompanhada do aumento da concentração na região Sul. No que diz respeito ao setor privado (Gráfico 6), observa-se que a diminuição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

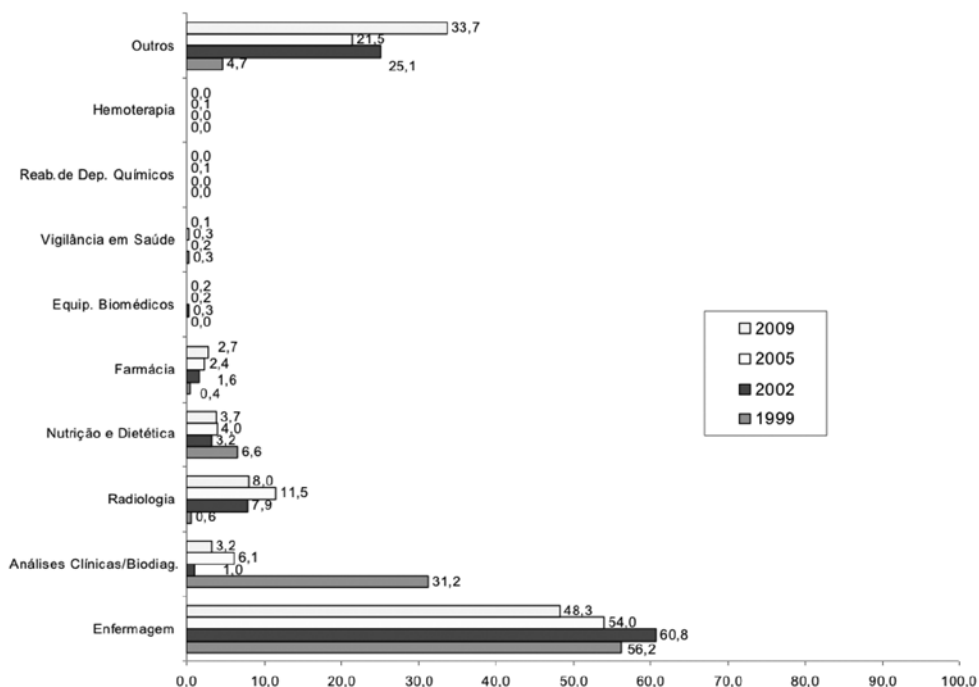
Gráfico 6 – Evolução percentual da distribuição da matrícula privada em saúde, segundo região geográfica.



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.

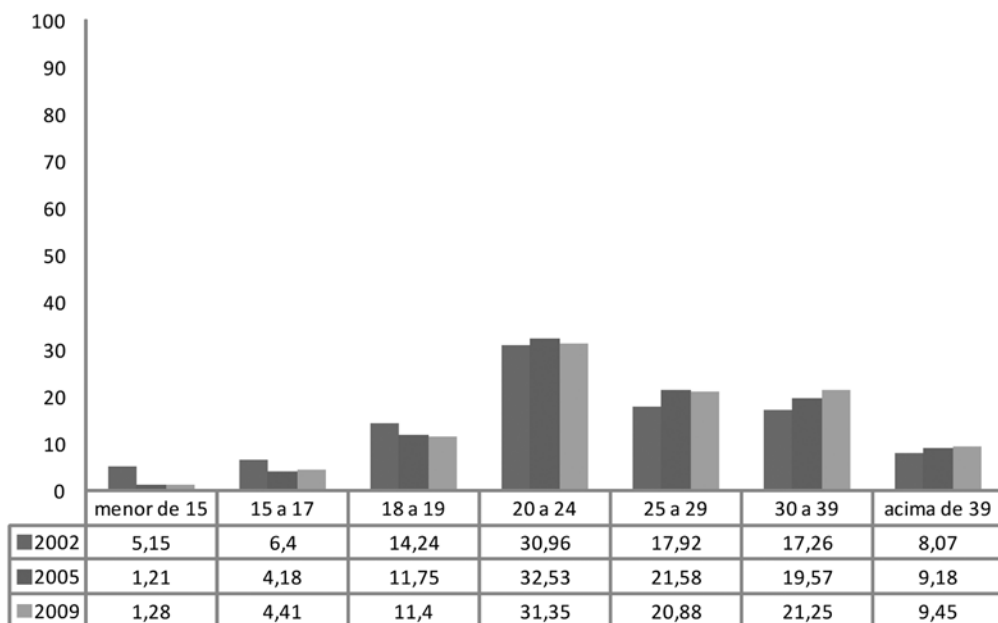
Gráfico 7 – Distribuição percentual da matrícula por curso técnico



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, intitulado “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 percentagem⁸



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

⁸ A partir de 2001 o Inep passou a disponibilizar informações sobre idade dos matriculados nos microdados.

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,⁹ 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 também o Brasil,¹⁰ 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 PIB.¹¹

⁹ 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>.

¹⁰ “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).

¹¹ 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: 17).

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 de 80, 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 têm possibilitado uma expansão importante e recorrente de seu nível de ocupação, independentemente da conjuntura econômica (Dedecca & 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 nucleares¹² 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 & Silva, 2013). Parte desse crescimento se refere à expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde

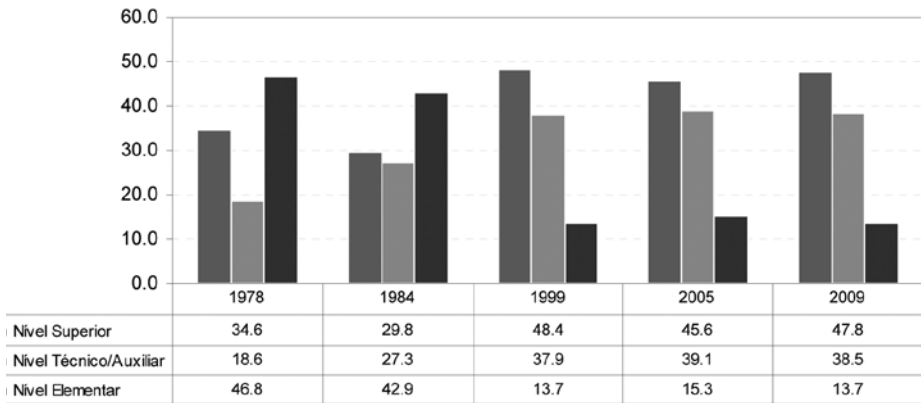
¹² De acordo com Dedecca e Silva (2013), as ocupações nucleares são aquelas típicas de atendimento à saúde.

(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). 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 & 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

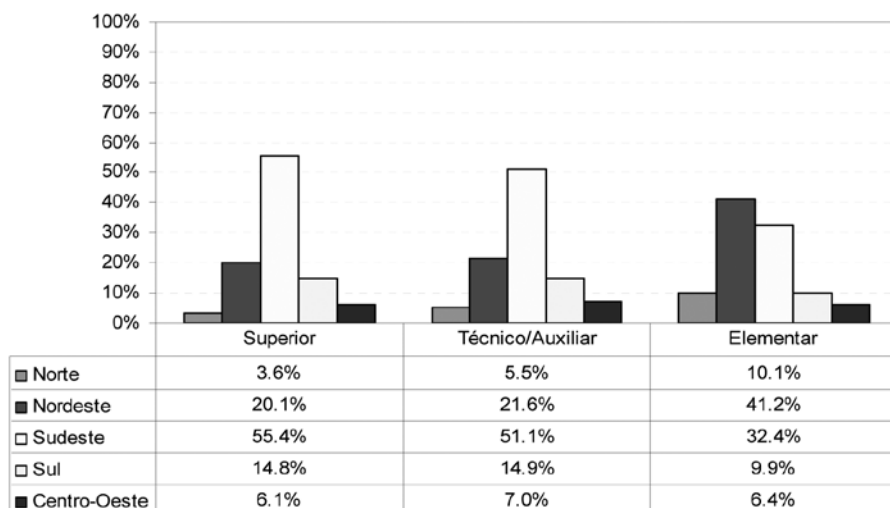


Fonte: IBGE/AMS, 1978, 1984, 1999, 2005, 2009.

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.

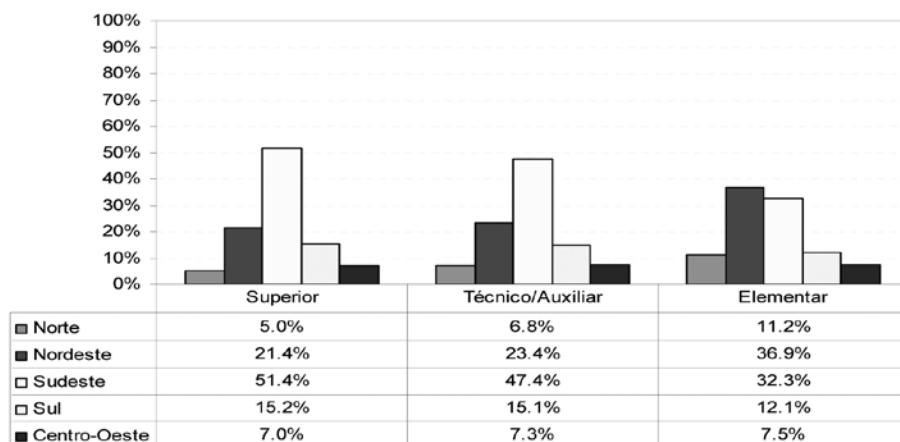
Quanto à distribuição regional dos postos de trabalho em saúde, por escolaridade (Gráficos 10 e 11), a região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de postos de trabalho de nível superior (55,4% e 51,4%, respectivamente para os anos de 1999 e 2009) e a região Nordeste se destacou em relação aos 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 (tabela1), 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.

Tabela 1 – Postos de trabalho segundo ocupações de nível médio e elementar em saúde. Brasil – 1999, 2002, 2005, 2009 (% Coluna)

Ocupações por nível de escolaridade	1999		2002		2005		2009		Taxa de Cresc. em dez anos (%)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total Nível Técnico / Auxiliar	517619	100,0	626160	100	751730	100	889630	100,0	71,9
Biodiagnóstico	17319	3,3	43138	6,8	57865	7,7	65396	7,4	277,6
Téc./Aux. em histologia	987	0,2	626	0,1	511	0,1	803	0,1	-18,6
Téc./Aux. em patologia clínica/ laboratório	14738	2,8	41187	6,6	56089	7,5	62899	7,1	326,8
Téc. em citologia/ citotécnica	1594	0,3	1325	0,2	1265	0,2	1694	0,2	6,3
Enfermagem	389370	75,2	471904	75,4	563089	74,9	648348	72,9	66,5

cont.

Aux. de enfermagem	339766	65,6	389277	62,2	401753	53,4	317420	35,7	-6,6
Téc. de enfermagem	49604	9,6	82627	13,2	161336	21,5	330928	37,2	567,1
Farmácia	10021	1,9	12878	2,1	16676	2,2	24071	2,7	140,2
Téc./Aux. de farmácia	10021	1,9	12878	2,1	16676	2,2	24071	2,7	140,2
Hematologia/Hemoterapia	5449	1,1	3257	0,5	3486	0,5	3874	0,4	-28,9
Téc./Aux. em hematologia/hemoterapia	5449	1,1	3257	0,5	3486	0,5	3874	0,4	-28,9
Nutrição e dietética	7331	1,4	8876	1,4	9617	1,3	10280	1,2	40,2
Téc./Aux. em nutrição e dietética	7331	1,4	8876	1,4	9617	1,3	10280	1,2	40,2
Radiologia	20231	3,9	24347	3,9	29656	3,9	38333	4,3	89,5
Téc. em radiologia médica	20231	3,9	24347	3,9	29656	3,9	38333	4,3	89,5
Reabilitação	4306	0,8	4874	0,8	3952	0,5	3506	0,4	-18,6
Téc./Aux. em fisioterapia e reabilitação	4306	0,8	4874	0,8	3952	0,5	3506	0,4	-18,6
Saúde bucal	22380	4,3	14666	2,3	23292	3,1	37010	4,2	65,4
Téc. em higiene dental	2834	0,5	-	-	-	-	-	-	-
Aux. de consultório dentário	18785	3,6	-	-	-	-	-	-	-
Téc./Aux. de saúde oral	-	-	14666	2,3	23292	3,1	37010	4,2	-
Téc./Aux. em prótese dentária	761	0,1	-	-	-	-	-	-	-
Equipamentos médico-hospitalares	2072	0,4	3202	0,5	3999	0,5	4504	0,5	117,4

cont.

Téc. em equipamentos médico-hospitalares	2072	0,4	3202	0,5	3999	0,5	4504	0,5	117,4
Vigilância sanitária e ambiental	3967	0,8	6713	1,1	8864	1,9	12479	1,4	123,4
Agente de saneamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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.

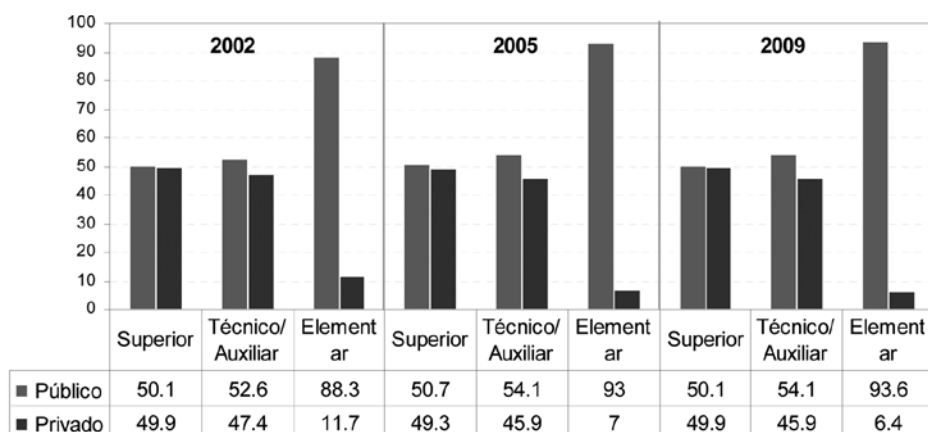
A tabela permite inferir que ao longo das últimas décadas a dimensão complexa do setor saúde se traduz não só em sua importância numérica no mercado de trabalho (Dedecca & Silva, 2013), como também na ampliação do leque de ocupações de nível auxiliar/técnico, apresentando forte diversificação. Chama-se 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.¹³ 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

¹³ 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.

qualidade, que envolve fundamentalmente a qualificação e a quantidade de profissionais inseridos no trabalho em saúde. Essa afirmação pode ser constatada no Gráfico 12.

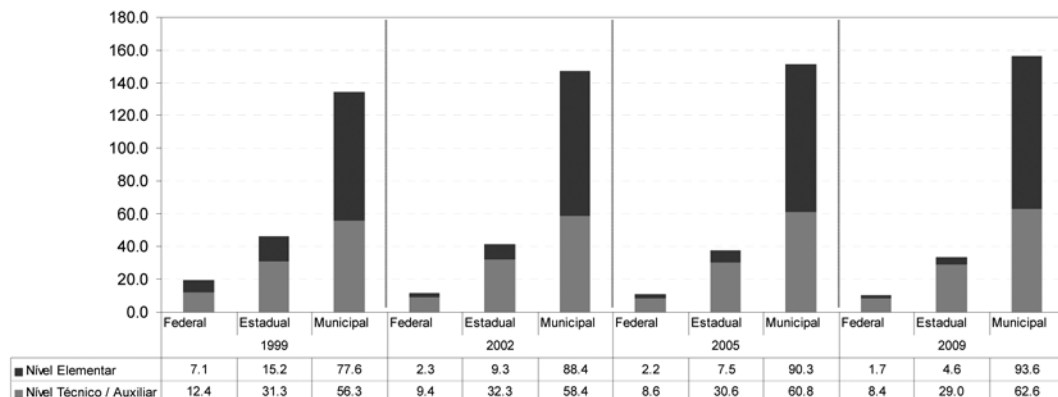
Gráfico 12 – Distribuição percentual dos postos de trabalho de ocupações de nível superior, técnico/auxiliar e elementar segundo setor de atuação. Brasil – 2002-2009



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 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.

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://bvsmms.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. & SILVA. A universalização e a força de trabalho no complexo da saúde, vantagens e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013.

FRIGOTTO, G. & 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, dez. 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. & MOYSÉS, N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. & 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. & 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&Ing=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.

PEREIRA, I. B. & 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)

PARTE 2

Trabalho e Formação Profissional de Técnicos em Saúde

Regulamentação e História dos Trabalhadores Administrativos na Gestão da Saúde

Valéria Cristina Gomes de Castro
Camila Abreu de Carvalho
Raquel Barbosa Moratori
Marcello de Moura Coutinho
Ramon Peña Castro
Paulo César de Castro Ribeiro
Priscila Guimarães

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado
Marx

Neste capítulo apresentamos o resultado parcial¹ do estudo desenvolvido pelo Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (LabGestão), que teve como objetivo discutir algumas questões relacionadas à qualificação profissional dos trabalhadores administrativos e sua atuação na gestão dos serviços públicos de saúde, analisando sua história na política do setor e a regulamentação existente sobre esta área ocupacional.

O campo da gestão em saúde constitui uma área de difícil delimitação, na qual atuam trabalhadores com formação e escolaridade diversas. Além disso, o processo de trabalho envolve uma série de funções que vão além da gerência ou da chefia propriamente dita. Assim, a fim de estabelecermos uma relação mais próxima dessa realidade e de ressaltar-

¹ Em continuidade a este estudo, pretendemos aprofundar, por meio de entrevistas em um hospital do Rio de Janeiro, a lógica de execução das atividades prescritas e não prescritas por eles realizadas, a fim de complementarmos as questões aqui discutidas.

mos a importância dos trabalhadores que ocupam cargos de nível médio para a saúde pública no Brasil, identificamos como objeto deste estudo os trabalhadores administrativos que ocupam cargos de nível médio e que contribuem diretamente para gestão do sistema.

Segundo a base de dados da Pesquisa da Assistência Médico Sanitária, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2002 (Vieira, 2005),² cerca de 546.720 dos postos de trabalho na saúde são empregos administrativos, representando um pouco mais de 25% da força de trabalho total. Embora esses dados demonstrem o quantitativo desses profissionais, observa-se contraditoriamente pouca oferta de cursos técnicos em todas as regiões do país e também poucos estudos que retratem o perfil desses trabalhadores e sua inserção no cotidiano dos serviços. Tudo isso, junto a uma genérica e inespecífica regulamentação sobre sua prática, explica a invisibilidade desses trabalhadores para as políticas públicas da gestão e de formação profissional no Brasil. Esta ocupação consta da *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), inserida na família ocupacional denominada técnico em administração.

Apesar da existência de cursos técnicos específicos, não existe uma ocupação análoga reconhecida na área da saúde para esses trabalhadores, o que se traduz na ausência de exigências mais específicas para oferta de vagas em concursos públicos. Por conta desse fato, cabe lembrar que segundo a CBO, os técnicos em administração:

Controlam rotina administrativa. Realizam atividades em recursos humanos e intermedeiam mão de obra para colocação e recolocação. Atuam na área de compras e assessoram a área de vendas. Intercambiam mercadorias e serviços e executam atividades nas áreas fiscal e financeira. (Brasil/MEC, 2009)

Em uma pesquisa anterior³ do LabGestão, observou-se que estes trabalhadores assumem diferentes atribuições em seu processo de trabalho, atuando em distintos âmbitos das unidades de saúde, realizando tarefas de administração e gestão, principalmente nos setores de almoxarifado, gestão de pessoal, farmácia, administração geral, setor financeiro,

² No ano de 2002, a categoria de pessoal administrativo dividiu-se em – ‘administração’, ‘serviço de limpeza/conservação’ e ‘segurança’.

³ Ver Freitas e colaboradores (2009).

arquivo e regulação. Também lidam cotidianamente com informações fundamentais para organização dos serviços, colaborando na articulação e no acesso dos usuários aos recursos do sistema.

As formas de contratação são as mais variadas, sendo, em geral, denominados e remunerados como ‘auxiliares administrativos’, ‘assistentes administrativos’, ou categorias similares, demonstrando assim o não reconhecimento da área, o que origina a subestimação e a desmotivação desses trabalhadores.

O presente estudo envolve uma revisão bibliográfica e documental das formas de inserção desses trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em conta as mudanças das políticas de saúde e da educação profissional e considerando tais mudanças no quadro mais amplo das relações histórico-sociais do Brasil.

Cabe ressaltar que a escassez de material bibliográfico sobre o tema, junto a insuficiente sistematização de informações sobre esta força de trabalho (os dados do IBGE mais específicos são de 2005), são fatores que limitam o escopo de análise, enfatizando a importância desse tipo de estudo (Brasil/IBGE, 2005).

As questões que se colocam no estudo dessa modalidade de trabalho são: que tarefas caracterizam esse tipo de trabalho? Como se incorporam esses trabalhadores à área de saúde? Em que sentido pode-se falar de uma específica identidade profissional? Qual a regulamentação existente? E a formação profissional? Quais são as prioridades da formação profissional desses trabalhadores? Eis algumas indagações que nos propomos a analisar neste trabalho.

Considerações sobre a Identidade Profissional

Na política atual de saúde pública no Brasil, a gestão do sistema e dos serviços caracteriza-se pela incorporação de trabalhadores com diferentes tipos e níveis de formação. Há, por exemplo, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outras categorias que atuam na gestão. Observamos que muitos trabalhadores administrativos, por questões inerentes ao seu processo de trabalho e às formas de contratação para ocupação de cargos comissionados, associam seus empregos à política vigente, na concepção tradicional de uma atuação burocrática e compe-

tente, combinada a uma suposta ‘neutralidade’ de opiniões. Estas características poderiam ser consideradas como traços definidores da singular identidade profissional que hoje predomina na área de saúde.

A questão das identidades profissionais tem sido objeto de estudo de uma série de pesquisadores de matizes teóricos diversos, com destaque para a sociologia francesa. Discutem-se os currículos formativos, a abstrata ideia de ‘competência’ como instrumento político-ideológico de abolição do ‘direito social’ de qualificação profissional, juridicamente reconhecida, através de diplomas, concursos públicos e diferentes tipos de provas, democraticamente reguladas. Instauram-se, assim, os mais exóticos ‘modelos’ e/ou ‘currículos de competências’ como expressão alienada e alienante de uma relação comercial que coloniza a ‘questão social’ da era neoliberal.

A qualificação entendida como relação social tem sido objeto de um debate acadêmico amplo, no qual os trabalhadores são considerados qualificados (ou desqualificados) em função da existência (ou não) de regras deliberadas, socialmente produzidas, partilhadas e barganhadas, de restrição à ocupação. Não obstante, as análises a respeito vêm procurando também dar conta das trajetórias e formas de inserção profissional, assim como das possíveis vinculações a instituições, grupos e movimentos que reivindicam o reconhecimento efetivo de novas categorias e campos profissionais. Nesse sentido, Guimarães afirma:

(...) poder-se-ia dizer que a ‘qualificação’ é, a um só tempo, resultado e processo. Como resultado, ela expressa as qualidades, ou credenciais de que os indivíduos são possuidores. Mas não podemos esquecer que essa aquisição é socialmente construída: ela resulta de mecanismos e procedimentos sociais de delimitação, reconhecimento e classificação de campos, irredutíveis em sua riqueza empírica à mera escolarização alcançada ou aos treinamentos em serviços realizados. (Guimarães, 2008: 340)

Os trabalhadores administrativos, embora trabalhem com questões essenciais para a organização dos serviços, são comumente designados como trabalhadores da ‘área meio’, o que parece inseri-los em um grau de importância menor diante dos outros profissionais da saúde. Também são os mais atingidos pela racionalização informatizada ocorrida nas últimas décadas, o que veio a acarretar muitas mudanças em seu processo de

trabalho. Assim, as exigências em torno dessa área têm recaído principalmente no uso da informatização. Segundo Vieira:

O subgrupo denominado técnico-administrativo foi o mais atingido pela evolução que tem conduzido à racionalização das tarefas administrativas e à sua informatização e automação. Esse movimento acaba por ocasionar três consequências: o peso das tarefas administrativas, a diminuição dos empregos menos qualificados e o aumento das qualificações mais elevadas. (Vieira, 2005: 81)

Devido à escassez de uma regulamentação específica de formação técnica para atuar como trabalhador de nível médio na saúde (com exceção de alguns concursos públicos de nível federal),⁴ estudos anteriores permitem afirmar que o emprego nesta área é visto como uma oportunidade de ingressar em carreiras estáveis no serviço público, embora sejam observadas a expectativa de ascensão profissional e mobilidade social.

O administrativo não é visto, de um modo geral, como integrante dos quadros da saúde, vinculado, em alguns municípios à secretaria de administração, subestimando, assim, sua decisiva contribuição para garantia da qualidade dos serviços prestados à população. Tal subestimação não impede que alguns dirigentes responsabilizem esses trabalhadores pelas tradicionais deficiências dos serviços.

O emprego do administrativo em saúde, como de qualquer outro trabalhador administrativo é, via de regra, limitado a uma única organização/instituição, ao contrário dos profissionais de saúde ‘tradicionais’ (homens e mulheres de uniforme branco) que são ‘pluriempregados’, isto é, com múltiplos vínculos e inserções profissionais. De acordo com Vieira:

O trabalho administrativo não está relacionado a uma profissão específica – a mais próxima poderia ser a de administração – conformando-se nas organizações de saúde como um trabalho de apoio mais geral ao funcionamento da organização. Fica reforçada a caracterização do trabalho administrativo como um trabalho organizacional, que guarda semelhanças com o trabalho doméstico de cuidar dos espaços onde a vida cotidiana acontece. (...) o pessoal administrativo se confunde com a clientela, ao contrário dos demais trabalhadores, do

⁴ Os concursos públicos mais recentes foram realizados pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Marinha do Brasil e Instituto Nacional do Câncer (Inca).

peçoal de branco, dos seguranças com seus uniformes cinza e do peçoal da limpeza também uniformizado, facilmente identificáveis e muito presentes nos corredores. (Vieira, 2005: 84)

Cabe destacar que essa relativa ‘invisibilidade funcional’ está ancorada e reforçada no elevado número de contratações precárias ou por tempo determinado, gerando a necessidade de busca por vários empregos, com o subsequente aumento do cansaço e insatisfação produzidos pelas condições de trabalho. Não há, muitas das vezes, representação sindical por categoria, o que dificulta conquistas mais específicas. Em contrapartida, muitos trabalhadores participam de movimentos organizativos juntamente com outros profissionais, em associações e sindicatos por ramo de atuação (sindicatos da saúde no estado ou municípios), o que favorece a articulação e a obtenção de conquistas salariais.

Além disso, observa-se, no exercício dessa função, uma grande variedade de atividades e uma significativa instabilidade no emprego relacionada às mudanças políticas que se manifestam nas modalidades e número da contratação de peçoal. Ou seja, a cada novo mandato muda-se o contingente de trabalhadores contratados, por se tratar, em muitos casos, de cargos comissionados e de outras formas precárias de contratação de força de trabalho.

Esses trabalhadores são demandados a resolver diferentes e complexos problemas, tendo que enfrentar códigos e linguagens próprias da área assistencial e da área administrativa. Cabe destacar que a nova legislação da educação profissional, além de consolidar a saúde como uma área, criou a subárea de ‘gestão’, o que permite sugerir a possibilidade de conjugação dessas duas subáreas, gerando assim um novo campo de conhecimento e prática, o que enfatiza a necessidade de seu reconhecimento institucional.

Em síntese, a construção da identidade profissional desses trabalhadores apresenta elementos constitutivos da administração pública; do campo da saúde e das relações decorrentes das formas de vinculação e de hierarquização do trabalho hegemônico em nossa sociedade, existentes e anteriores ao SUS. Embora o SUS tenha representado importante alternativa de transformação em relação ao modelo anterior, o cotidiano das práticas profissionais não se alterou, mantendo-se ainda as condições históricas que sustentaram aquela atuação profissional.

Com efeito, as concepções teóricas que tradicionalmente embasam os estudos das profissões⁵ discutem o tema diante de um conjunto de referenciais, a partir dos quais, o reconhecimento social de cada profissão é conseguido por meio de determinadas condições, dentre elas: vinculação a um corpo sistemático de conhecimento teórico; formação neste campo de conhecimento; legitimação por um conjunto de entidades corporativas e da sociedade; a existência de um código de ética; autonomia profissional; interesse em servir a coletividade e identificação com a profissão. No entanto, se pensarmos a realidade dos trabalhadores técnicos e mesmo as profissões de cunho liberal tradicionalmente reconhecidas, como a medicina e a enfermagem, constataremos muitas transformações que dificultam a padronização rígida de um perfil profissional.

Estas transformações consistiriam na presença cada vez maior do trabalho assalariado, de interferências estatais, organizacionais e tecnológicas no mundo do trabalho dos profissionais liberais. Análises mais radicais afirmam que tais categorias profissionais estão se tornando segmentos assalariados sujeitos às normas e regras trabalhistas, ou seja, que sua autonomia está desaparecendo. (Machado, 1996)

O conceito de qualificação entendido como relação social amplia esse entendimento, trazendo o debate de questões sobre a profissionalização diante dos interesses dos que nela atuam e da coletividade. Assim, influenciados por elementos que constituem a construção histórica e a identidade profissional dos administrativos, é que percebemos a pouca expressão desses trabalhadores em relação a uma identificação corporativa, ao mesmo tempo que esses trabalhadores dialeticamente realimentam seu tênue reconhecimento social.

Mas como se forjou no interior da saúde pública no Brasil este conjunto de questões? Que conteúdos do campo de conhecimento da administração influenciam a atuação desses trabalhadores? Que diferenças conceituais podemos estabelecer entre administração e gestão?

⁵ Sobre este assunto, pesquisar a tese de doutorado *Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão*, de Maria Helena Machado (1996).

Contribuições para a Análise de sua História

Para compreendermos a história da constituição desses trabalhadores no campo da saúde, procuramos estabelecer algumas relações entre o contexto sociopolítico e econômico de diferentes períodos da história da saúde no Brasil e as exigências para a qualificação desses trabalhadores no exercício da função. Desse modo, buscamos levantar a regulamentação existente sobre essa atuação profissional e sua inserção no cotidiano dos serviços. Partimos da indagação sobre a questionável distinção entre os termos gestão e administração. Comumente atribui-se a gestão ao diretor ou gerente das unidades ou sistema de saúde, sendo o trabalho dos administrativos compreendido como atividade de apoio ou área-meio. Neste estudo, ressaltamos o papel estratégico dos trabalhadores que ocupam cargos de nível médio para o cotidiano da gestão.

Administração e gestão: breve contexto histórico

Conceitualmente, os termos administração e gestão não são aceitos como sinônimos por alguns autores das ciências administrativa e econômica, com o frágil argumento de que emergiram em diferentes contextos.⁶ Entretanto, a noção de gestão é sintomática da evolução dos conceitos das ciências administrativas ou empresariais contemporâneas. Ela não foi produzida nem desenvolvida pela investigação desinteressada de cientistas, mas pela necessidade de fornecer um modelo explicativo de novos fenômenos do desenvolvimento das grandes corporações, surgidas nos Estados Unidos da América (EUA) na última década do século XIX e início do século XX.

Na língua inglesa, o conceito de *management* assume múltiplos significados, dentre estes de gestão, administração e gerência. Nesse sentido, o conceito emerge, acadêmica e profissionalmente, nos EUA – novo centro hegemônico do capitalismo mundial –, onde acontece uma grande transferência do poder de decisão do capital: da propriedade

⁶ Nesse sentido, é curioso reparar nas denominações de instituições que oferecem os cursos de administração e gestão em três importantes universidades: Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (USP/Brasil); Facultad de Ciencias Economicas y Empresariales da Universidad Complutense de Madrid (UCM/Espanha); Instituto Superior de Gestão da Universidade Técnica de Lisboa (ISG/Portugal).

pessoal do capitalista ativo (empresário / proprietário) para a posse indireta dessa propriedade, na forma de títulos financeiros (ações) das grandes corporações e das sociedades anônimas, as quais passam a delegar as funções diretivas a *managers*/gestores. Isso promove a separação entre propriedade e função do capital – base das sucessivas mudanças da organização das empresas –, facilitando igualmente a transferência dos riscos capitalistas para os trabalhadores assalariados.⁷ Assim, a trajetória desse conceito é sintomática para entender e explicar a sua relevância atual.

A primeira fase dessa trajetória está ligada à revolução da técnica e da organização das empresas, concomitante com o aumento do seu tamanho e com a transformação das formas de propriedade, marcada pelo surgimento de trustes, cartéis, acompanhado de uma onda de fusões, seguida de uma série de mudanças legislativas sobre as sociedades e as *holdings*, que configuraram um novo fundamento jurídico, conhecido nos EUA como *corporate revolution* (revolução corporativa).

O desenvolvimento de grandes corporações gerou a formação de equipes hierarquizadas de gestores, encarregadas de gerenciar todos os aspectos de funcionamento das empresas: organização da produção, comercialização, gestão de estoques, financiamento, tesouraria e, inclusive, de forma muito particular, a gestão de pessoal.

A expressão emblemática dessas mudanças foi o chamado taylorismo e seu complemento mais avançado, o fordismo, que introduziu, entre outras muitas transformações, a linha de montagem, configurando assim as formas ditas ‘científicas’ de organização do trabalho. Essas formas experimentaram com o tempo uma série de adaptações destinadas a aperfeiçoar, em termos de lucro capitalista, segundo o princípio da máxima produtividade e do mínimo custo, todo o complexo processo de transformação da mercadoria força de trabalho em trabalho efetivo, também contribuindo ao incremento da rentabilidade do capital.

A eficiência ligada às transformações da gestão é o traço técnico diferencial da nova fase do capitalismo iniciada nas primeiras décadas do século XX, nos EUA. Tais transformações, com um certo atraso, seriam exportadas para Europa e Japão depois da II Guerra Mundial.

⁷ Fenômeno que atinge hoje proporções colossais através dos ‘planos de resgate’ dos bancos privados atolados em dívidas provocadas por eles mesmos no grande cassino especulativo que são os chamados mercados financeiros globalizados (Harvey, 2010).

O curso atual do capitalismo está associado a uma transformação técnico-organizacional, geradora de novas tendências de elevada produtividade do capital e da taxa de lucro. O suporte material dessa mudança corresponde à introdução das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) que levam à reestruturação contínua das empresas, especialmente no âmbito da gestão.

Estes momentos históricos configuram as concepções de gestão referidas, onde as últimas complementam as anteriores na marcha progressiva da técnica, no seio do capitalismo. O foco da gestão parece residir em incrementar a produtividade do capital sem dificultar a sua crescente concentração. Assim, a temática da gestão designa um processo político e ideológico, adaptado aos requerimentos da eficiência administrativa, medida em termos de lucro empresarial. Em outras palavras, emerge primeiro como uma necessidade prática para se tornar mais tarde representação conceitual nas chamadas ciências empresariais.

A tradição gerencial insiste na necessidade de aperfeiçoar as técnicas de administração e de aprofundar os princípios de uma racionalidade operativa que, supostamente, constituía a específica ‘cultura empresarial’ ou corporativa. Desse modo, insiste em enfatizar a importância dos fatores culturais e/ou comportamentais na gestão eficaz das empresas privadas e, igualmente, das instituições públicas colonizadas pela lógica empresarial. Com base em uma retórica discursiva – gestão de recursos humanos, gestão de pessoas, gestão de itinerários individuais etc. – postula estruturas ‘participativas’ de funcionamento como a forma ideal de aperfeiçoar o uso de todos os recursos com auxílio de lideranças aceitas por todos, em substituição às lideranças autoritárias. A eficiência dessa pretensa gestão participativa depende tanto dos gestores quanto da resignada aceitação dos subordinados como condição básica para garantir a adequada gestão de recursos materiais, financeiros, humanos e organizacionais.

Entende-se então que a base conceitual predominante do campo da administração e da gestão se constitui historicamente para responder às necessidades de reprodução do capital, cuja a busca pela eficiência e pela lucratividade é o conteúdo principal para o conhecimento deste campo.

Trabalhadores administrativos na gestão da saúde

No início do século passado, o sistema público de saúde brasileiro era muito precário, cuidando principalmente das ‘quarentenas’ de portadores de moléstias infecciosas. Ou seja, praticamente se preocupava com as condições sanitárias da zona portuária, via principal de exportação da produção agrícola e de importação de manufaturas. A atenção à saúde dependia, principalmente, da ação filantrópica de instituições religiosas e de casas de saúde, como a Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro. Em geral, os cuidados sanitários eram improvisados ou realizados amiúde na própria residência dos médicos, adaptadas para hospedagem de seus pacientes. Nesse período começam a surgir as primeiras unidades públicas de saúde, conforme o trecho a seguir:

No início do século 20 surgem na cidade às primeiras unidades hospitalares públicas, destinadas, sobretudo, ao atendimento de emergências, de responsabilidade da administração municipal, no caso, o Distrito Federal. Vale ressaltar que o início do século 20 foi marcado por ações enérgicas do governo, no sentido de sanear mais efetivamente os portos, e pelo avanço do movimento sindical, fortemente influenciado pelos imigrantes anarquistas e socialistas. É nesse contexto que surge o primeiro esboço de um modelo de seguridade social em nosso país – as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, regulamentadas pela promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923. (Castro, 2002: 4)

As Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) foram criadas por grandes empresas para oferecer diversos benefícios, tais como auxílio funeral, auxílio maternidade e assistência médica primária. Nessas empresas os trabalhadores tinham organizado sindicatos, principalmente no setor de transporte ferroviário, marítimo e na estiva.

Na década de 1930, o governo Vargas promove a legislação trabalhista, em paralelo ao controle estatal dos sindicatos, mantendo a proibição da sindicalização dos imigrantes. Na época surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (Iaps), organizados por categoria funcional e não mais por empresa. Foi nesse mesmo período que surgiram no país, principalmente no Rio de Janeiro, então capital federal, os grandes hospitais, como por exemplo o Hospital dos Servidores do Estado (HSE), considerado uma inovação na administração pública da época.

As inovações técnicas e administrativas que o caracterizaram levaram o H.S.E. a ser reconhecido como o mais avançado hospital público da América Latina por autoridades nacionais e estrangeiras, que lhe conferiram a Classe A no Sistema Internacional de Classificação de Hospitais. (Brasil/MS, 2012)

Na mesma década, o processo de industrialização e urbanização crescente gerou um aumento progressivo da demanda por serviços de saúde. No entanto, até este período vai perdurar a separação do financiamento da seguridade social e de saúde. Somente em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), ocorrerá a unificação desses benefícios na maioria dos Iaps.

A administração hospitalar é a primeira manifestação que podemos encontrar referida ao que hoje denominamos formação profissional na saúde. Daí a importância de procurarmos informações sobre a origem e regulamentação do incipiente sistema de ensino e administração da saúde – primeiro passo para compreender as correlações existentes entre esses campos de atuação nas diferentes etapas da história brasileira.

A formação da administração pública brasileira será definida mais claramente na década de 1940, a fim de responder à necessidade de servidores qualificados, mediante a profissionalização do ensino de administração pública e privada para dar suporte às questões econômicas e administrativas de uma sociedade rural em acelerada transição para o predomínio industrial e urbano.

Nesse período, o país não tinha regulamentado as profissões administrativas de nível superior, contando apenas com técnicos administrativos. Uma seleta minoria podia optar por uma formação superior nos EUA, onde os primeiros cursos de alta administração surgiram no final do século XIX, com a fundação, em 1881, da Wharton School. No Brasil, o ensino superior em administração iniciou-se em 1952, embora o reconhecimento da graduação tenha acontecido apenas em 1965.

Já nesta época os trabalhadores da área administrativa constituíam uma parcela da força de trabalho na saúde. Observa-se registro dessa atuação profissional em fato descrito sobre a história do HSE, onde a admissão no cargo público como reconhecimento por bravuras em tempos de guerra era uma das formas de ingresso no serviço. Podemos verificar isso através da seguinte descrição de um antigo funcionário do

hospital. “Não bastando sua existência significar um marco na história da medicina brasileira, tem também o privilégio de ter abrigado heróis brasileiros das grandes guerras mundiais do século XX, nas quais o Brasil teve participação” (Brasil/MS, 2012).

Embarcou no navio transporte americano General Meigs. Na F.E.B. esteve no teatro de operações de guerra da Itália, 22/02/45 a 03/10/45. Incorporado ao Depósito de Pessoal 1º Vº Bth Companhia 15º. Condecorado pelo governo brasileiro recebeu a Medalha de Campanha, destinado aos participantes da operação de guerra na Itália. Admitido em 1947 como motorista. Em 1960 tornou-se Chefe da Secção de Garagem. Fez o Curso de Supervisão para agentes da Reforma Administrativa em 05/70. Aposentou-se em 1981. (Brasil/MS, 2012)

A lógica da gestão (*management*) de origem norte-americana, mencionada anteriormente, orientou desde o início o ensino da administração no país. Um marco dessa perspectiva de subordinação da administração pública à lógica empresarial foi a criação, em 1944, da Fundação Getúlio Vargas (FGV) no Rio de Janeiro.

A criação da Fundação Getúlio Vargas ocorreu em um momento em que o ensino superior brasileiro deslocava-se de uma tendência europeia para uma tendência norte-americana. Isto é evidente, uma vez que a FGV tem apresentado um vínculo entre seus organizadores e o ensino universitário norte-americano, de onde proveio a inspiração para estruturá-la em termos de fundação. (CFA, 2012)

Em 1966, com a unificação dos Iaps, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando o modelo de contratação dos serviços privados e o desenvolvimento do que se denominou mais tarde ‘Complexo Médico Industrial da Saúde’ com estímulos e patrocínio ao mercado de serviços e equipamentos médicos através da Previdência Social. No âmbito da educação, a lei 4.024/61 fixa as diretrizes e bases da educação nacional e dispõe também sobre a educação profissional em saúde.

Neste período conhecido como o do ‘milagre econômico’, a prestação de serviços sanitários foi gradativamente sucateada, por meio da compra de serviços na rede privada de hospitais e consultórios médi-

cos. Havia nítida atitude privatizante por parte do governo federal, que transferia para a iniciativa privada os serviços públicos de saúde por arrendamento, disponibilizando até o pessoal neles lotado.

Na década de 1960, percebe-se um maior incentivo à formação profissional de nível superior, com priorização dos empregos privados e focalização no setor hospitalar. No período que antecede à implantação do SUS, inicia-se uma reversão desse quadro, com uma ampliação dos postos de trabalho público, ampliação da oferta de serviços ambulatoriais e aumento dos postos de trabalho para o nível técnico. Neste período (décadas de 1960-1970) reformula-se o ensino de 1º e 2º graus e compulsoriamente é implantada a complementariedade profissional atrelada a este último grau de ensino; observam-se também a difusão de programas de saúde e a melhoria na organização sanitária e investimento na educação para mão de obra.

Em relação aos administrativos, a regulamentação existente neste período é a lei n. 4.769, de 9 de setembro de 1965, regulamentada pelo decreto 061.934-1967, que dispõe sobre o exercício da profissão de técnico em administração. Em 1966, o parecer da Câmara do Ensino Superior (Cesu) n. 307, aprovado em 8 de julho, fixa o primeiro currículo mínimo para o curso de graduação em administração, tendo como referencial a lei n. 4.769. A resolução CFE 2 e o parecer CFE 45/72, do Conselho Federal de Educação (CFE), fixam os mínimos a serem exigidos em cada habilitação profissional ou o conjunto de habilitações afins no ensino de 2º Grau. Isso foi transformado posteriormente pelo artigo 1º da resolução n. 1, de 21 de fevereiro de 1990, do Conselho CFE, que altera para ‘técnico em administração’ a denominação ‘assistente de administração’ constante do “Catálogo de habilitações” que consta do parecer de 1972.

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pelas ações médicas assistenciais individualizadas. Nesse período começa a se articular no interior do Ministério da Saúde e do Inamps um processo de crítica e reestruturação do setor saúde no Brasil, instituindo as bases para a Reforma Sanitária. Apesar da inexatidão e da escassez de dados encontrados sobre o número de trabalhadores administrativos no setor público neste período, em especial na saúde, algumas informações demonstram a existência

inclusive de cargos como datilógrafos e gráficos no quadro do antigo Inamps. A descrição do quadro de funcionários em uma cidade de médio porte do Rio de Janeiro demonstra esta importância. Segundo Diniz:

O quadro de funcionários do Inamps distribui-se da seguinte forma: 10 motoristas; 59 médicos; 28 agentes administrativos; 06 auxiliares de enfermagem; 01 enfermeira; 01 telefonista; 01 agente de portaria; 14 auxiliares operacionais de serviços diversos; 08 odontólogos; 09 agentes de serviços de transporte; 08 auxiliares de serviços datilografia; 03 ajudantes de ambulância; 13 auxiliares de serviços de apoio; 07 auxiliares de serviços de portaria e 01 agente de serviço administrativo. O quantitativo de médicos contratados do Inamps são os seguintes: no PAM – Posto de Assistência Médica – 32 médicos; * no PU-1 – Posto de Urgência (sede), * 10 médicos. (Diniz, 2012)

A presença de trabalhadores administrativos no serviço público é constatada também em setores importantes da ditadura militar, instaurada no Brasil a partir de 1964, como a Divisão de Censura de Diversões Públicas (DCDP), responsável pela censura artística. Conforme relatório de Hugo Póvoa da Silva, chefe da divisão: “Em março daquele ano, o órgão contava com 34 técnicos e 48 funcionários administrativos”. Silva diz que “o ideal seriam 147 censores: 96 pra avaliação de filmes, 24 para televisão, cinco para letras musicais, 10 para cargos de chefia e 12 ‘efetivos’ em férias por mês” (Brasil/Ministério da Justiça, 2012).

Em 1979 o parecer 1.468/79 do CFE fixou a habilitação e o currículo mínimo do técnico em administração hospitalar e do auxiliar de administração hospitalar, passando estes a integrar a área de administração hospitalar, antes pertencente ao curso de enfermagem, de acordo com a resolução n. 2/72. Posteriormente, documento do Instituto Nacional da Previdência Social (Inamps) de 1987, publicizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) sobre o projeto Larga Escala iniciado em 1981, define os cargos para atividade ‘meio’, como assistente de administração e técnico em contabilidade. Destaca ainda a importância da formação dos trabalhadores com formação de nível médio, que na época somavam em torno de 70% do seu contingente, realçando a necessidade desses profissionais para organização do sistema. Com base em uma metodologia de integração entre ensino e serviço, este documento, ape-

sar de ressaltar a importância da formação na área administrativa, não ofereceu a esses trabalhadores o mesmo espaço de formação oferecido à enfermagem, inclusive com incentivos financeiros para que os servidores ocupantes do cargo de auxiliares de serviços diversos acedessem à formação e fossem integrados ao quadro de auxiliares de enfermagem.

Em 1986, no processo de democratização do país, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira com ampla participação de profissionais da área, assim como representantes dos usuários, constituindo um marco histórico da reorganização do sistema nacional de saúde no Brasil, o que serviu de plataforma para o lançamento posterior do SUS.

Em relação aos vínculos trabalhistas, o SUS ampliou a concentração dos postos de trabalho na esfera municipal. No entanto, a municipalização dos serviços de saúde não foi acompanhada por uma regulamentação adequada do *status* administrativo do pessoal dessa subárea, tendo que conviver no mesmo espaço trabalhadores com vínculos empregatícios, salários e cargas horárias diferentes, gerando crescente fragmentação social dos coletivos, o que explica o baixo nível de cooperação existente entre os trabalhadores.

Nesse sentido, Machado (2005) afirma que, em relação à política de recursos humanos, o sistema de saúde no Brasil passou por três momentos principais:

O primeiro (1967-1974), caracterizado por incentivo à formação profissional especialmente de nível superior; estratégia de expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade ‘médico/atendentes’; e incentivo à hospitalização/especialização. O segundo momento (1975-1986) se caracteriza, na primeira fase (1975-1984), pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. Já na segunda fase (1984-1986), pela sua implementação com resultados, ou seja, aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial. O terceiro momento (de 1987 em diante) é caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sanitária, marcadas especialmente pelo pro-

cesso de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal, ora concentrado na esfera federal ora na municipal. (Machado, 2005: 276-277)

No controvertido processo de consolidação do SUS, o setor saúde absorveu um contingente expressivo de trabalhadores. Estima-se em milhares o número de transferidos do extinto Inamps, entre os quais muitos trabalhadores de nível técnico. Os que atuam na 'área meio' transitam entre as singularidades da saúde e da administração, assumindo uma função estratégica para a resolução das demandas dos usuários, ocupando-se substancialmente da regulação dos serviços e da atenção básica.

Portanto, as práticas necessárias para este outro modo de cuidado implicam a existência profissionais informados e qualificados que possam garantir participação e autonomia na configuração dos processos de trabalho, nos quais se encontram inseridos. Porém, o que se observa ainda é a formação prática desse trabalhador, visto que a formação dos gestores de saúde, considerados atores estratégicos para a viabilização dos princípios e diretrizes do SUS, foi geralmente realizada por instituições de ensino que estiveram voltadas principalmente para o ensino superior. Documentos como a Norma Operacional Básica de 1996, fazem, inclusive, uma clara distinção entre os termos gerência e gestão. Como explicita a afirmação seguinte:

(...) nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. (Brasil/MS, 1997)

Nas chefias intermédias, principalmente da chamada ‘área meio’, ainda prevalecem as concepções tradicionais que ignoram a dimensão política da sua atuação. O termo ‘burocracia’, aplicado por alguns desafetos aos trabalhadores que atuam na gerência ou em setores administrativos, pretende ser sinônimo de lentidão e pouca eficiência, contraposta a uma retórica de eficiência e neutralidade política.

No entanto, muitos trabalhadores administrativos atuam na gestão dos serviços, desenvolvendo atividades que envolvem planejamento, organização, operacionalização de recursos e de pessoal, entre outros, o que não é considerado na formação profissional, nem como requisito de admissão aos serviços.

Com o SUS, o campo da gestão passa a ser enfocado não apenas a partir de uma concepção técnica, mas também a partir de seu caráter político. Contudo, nas últimas décadas, o que se observa, a partir da sistematização da administração e da gestão como um campo estruturado de conhecimento, foi exatamente o oposto, ou seja, produziu-se uma descontinuidade entre a política e a gestão operacional, com a supervalorização da técnica em detrimento das questões políticas que as envolve contrapondo-se às formulações que vinham sendo debatidas no contexto do SUS. Os problemas de ordem gerencial passaram a ser indicados como causas de divergência entre predições e realizações do SUS, subestimando, com essa desqualificação, a complexidade dos processos de gestão, próprios de um sistema de saúde descentralizado, e os embates políticos e recortes financeiros sofridos pelo sistema nos últimos anos.

Nunca se pode esquecer que a saúde é um tema extremadamente complexo e sua definição tão ampla que sua avaliação objetiva é praticamente incomensurável. Daí as dificuldades que apresenta a caracterização da gestão, como um dos seus variados campos, que envolve conhecimentos e corporações profissionais diferentes. O *Dicionário de Educação Profissional em Saúde* constata que:

a gestão em saúde pública é quase tão antiga quanto a saúde pública (...). A administração sanitária, em seus primórdios, importou muitos conceitos e modos de operar do campo militar. Da gestão de conflitos armados e de guerras, a saúde pública importou a ideia de considerar a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como inimigos. Sendo inimigos havia de erradicá-los, controlá-los e vigiá-los. Planeja-

mento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional. Da arte da guerra importam-se também os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância de análise de informação. A gestão em saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição. (Campos, 2008: 234)

Formação Profissional e Regulamentação

Em relação à regulamentação, atualmente encontramos a definição do *Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos* (CNCT), elaborado pelo Ministério da Educação (MEC), apresentada no início deste trabalho. Segundo esta classificação

a categoria de ‘auxiliares’ foi extinta nos órgãos públicos e suas funções são realizadas pelos assistentes administrativos. Já no caso da área privada, a categoria de ‘auxiliares e ajudantes’ parece estar em processo de extinção e suas funções estariam sendo atribuídas a assistentes ou estagiários. (Brasil/MEC, 2009)

A habilitação profissional que define de forma mais incisiva a formação do administrativo na saúde é a de técnico em administração hospitalar (parecer CFE 1.468 de 1979). Atualmente, a denominação que consta do CNCT é a de técnico em gerência em saúde, o qual:

participa do planejamento, controle e avaliação da implementação de políticas públicas de saúde. Gerencia serviços e unidades de saúde e seus processos de trabalho. Assessora estudos de custos e viabilidade e desenvolve projetos de gestão em saúde. Participa do tratamento estatístico de indicadores de saúde. Atua na previsão e provisão do sistema de estoque, compras e distribuição de material. Acompanha a execução de contratos e serviços de terceiros. (Brasil/MEC, 2009)

O indicado CNCT anexa uma tabela de convergência que apresenta uma lista com a relação entre as denominações dos cursos técnicos, atualmente em uso, e aquelas constantes do catálogo para a área de gerência em saúde, incluindo as seguintes denominações: administração de serviços de saúde, administração hospitalar, gestão da saúde pública, gestão de serviços de saúde e serviços administrativos na saúde. Tais diferentes denominações refletem a abrangência desse campo e a dificuldade de classificá-lo.

Formação profissional em gestão em saúde

A educação profissional no Brasil é marcada por projetos que podem ser agrupados em dois blocos distintos e que disputam posições sobre sua formulação. O bloco hoje hegemônico aplica projetos empresariais de formação de mão de obra para a saúde mercantilizada. O bloco oposto, economicamente minoritário, desenvolve uma formação contra-hegemônica que visa à construção de uma ‘sociabilidade organizada’, formando trabalhadores cômicos de seus direitos e protagonistas críticos da sociedade.

Portanto, resulta que a educação aplicada pelo bloco hegemônico a esses trabalhadores serve prioritariamente aos interesses da empresa privada, ou seja, à classe econômica e politicamente dominante. Entretanto, a história tem mostrado que o mesmo sistema de produção capitalista, formador de trabalhadores disciplinados e produtivos, cria também, de forma cada vez mais explícita, desigualdades e contradições incontornáveis, mas que podem abrir brechas para projetos de formação mais críticos.

A educação profissional em saúde também reproduz a realidade social e se materializa em projetos que disputam formas diferenciadas de ver e de construir a saúde no país. Desse modo, a formação técnica nesse campo também tem se caracterizado por meros treinamentos com trabalhadores muitas vezes subordinados a vínculos precários, baixos salários e submetidos a uma estrutura burocrática hierárquica, onde a hegemonia médica ainda tem protagonismo na organização do trabalho técnico em saúde.

Quando se trata do campo da gestão, historicamente, a formação profissional se dá em sua maioria para o profissional de nível superior, imprimindo aos setores que comportam a gestão de nível médio uma formação aligeirada ou de pouca qualificação. Este comportamento mostra que não se reconhece neste profissional sua importância na constituição do SUS, e os esforços na direção de maior qualificação nessa área não são considerados prioritários.

Em 2008, o MEC promoveu uma discussão sobre educação profissional que culminou em uma nova reformulação e publicação do CNCT. Este debate foi apresentado como uma análise, supostamente crítica,

da grade curricular dos diferentes cursos técnicos oferecidos no país, buscando eixos comuns de organização desses cursos. O resultado foi um enxugamento numérico, passando de 2.773 denominações de cursos profissionalizantes (do início de 2007) para 185 especializações, em julho de 2008, data de publicação do catálogo (EPSJV, 2008).

No setor saúde, e mais especificamente na gestão em saúde, esse debate gerou impasses relacionados, entre outras causas, à anódina substituição do termo ‘gestão’ por ‘gerência’; assim o curso técnico de gestão em serviços de saúde foi rebatizado como gerência em serviços de saúde. A explicação para essa mudança foi que o termo gestão estaria mais associado à formação superior, ao passo que o termo gerência seria uma espécie de subalterno mais apropriado para a formação de nível técnico. Esta mudança semântica não teve grandes significados. Porém, a sua nulidade semântica pode ter sido um recurso para desmotivar a luta por uma formação mais qualificada nessa área, que articule um conhecimento da técnica e a formação para compreender e agir socialmente.

Este retrocesso no campo da gestão de nível médio, entretanto, não afeta a grade curricular que se constrói na EPSJV e que vem sendo realizada pelo Laboratório de Gestão em Saúde, que desde 1995 constrói seu projeto político e pedagógico na perspectiva da politecnicidade. A EPSJV se constitui como projeto contra-hegemônico de formação de trabalhadores de nível médio com o compromisso de fortalecer as ações de saúde pública no país. Nasce com uma proposta diferenciada da formação técnica, pois se propõe a formar trabalhadores que possam criticar a sua realidade e dessa forma serem protagonistas de transformações na sociedade. Nesse contexto, assume o desafio de construir, no dia a dia, um projeto que propicie para este trabalhador uma formação humana integral, definida com o termo ‘politecnicidade’. Busca

contrapor-se ao homem unilateral e a formação e educação dimensionadas sobre o especialismo, tecnicismo, profissionalismo. (...) a politecnicidade implica a busca de eixos que estruturam o conhecimento organicamente, de sorte que faculte uma formação do homem em todas as suas dimensões (Frigotto *apud* Santiago, 2010: 128)

Santiago (2010) esclarece que, em 1988, a EPSJV inicia as suas primeiras turmas dos cursos técnicos em saúde. No campo da gestão, a habilitação técnica inicial era em ‘administração hospitalar’. No decorrer do caminho, seus trabalhadores, engajados no projeto político pedagógico ancorado nos pressupostos da politécnica, foram perseguindo várias reformulações culminando no curso ‘Gestão dos Serviços de Saúde’, e, após o retrocesso na nomenclatura em 2008, a denominação apenas (e não o projeto) ficou ‘Gerência dos Serviços de Saúde’.

Em 2012, após longo debate em grupos de trabalho no MEC, foram aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio,⁸ reacendendo o debate em torno de projeto político pedagógico destinado a essa formação e o projeto de sociedade em questão.

Estas ações corroboram o campo de disputa que este setor representa e indicam que a luta não está ganha, nem tampouco perdida. Aprofundar esse debate, revisar e consolidar o projeto politécnico representa um importante espaço de ação estratégica na construção de uma sociedade que comporte todos os sujeitos.

Considerações Finais

O trabalho dos administrativos parece constituir, até hoje, uma realidade complexa e multifacetada, pelas insuficiências da compreensão da sua concepção técnica e prática. No entanto, esses trabalhadores operam informações essenciais, promovendo transformações no cotidiano dos serviços, para além das atividades prescritas, diante das amplas definições das abrangentes regulamentações existentes, o que inclusive provoca indefinições quanto a direitos trabalhistas como, por exemplo, gratificação de insalubridade e de regulamentação de carga horária.

Os administrativos que atuam na gestão do SUS interagem frequentemente com trabalhadores de diferentes setores institucionais. Esses trabalhadores atuam de maneira transversal em toda a unidade de saúde. Há ainda cargos que consistem na relação direta com usuários e no uso constante de equipamentos, principalmente de informática. Assim, podemos observar que estes trabalhadores lidam frequentemente com informações fundamentais e estratégicas para o bom funcionamento dos serviços.

⁸ Sobre este assunto, consultar Pacheco (2012).

No entanto, a formação profissional nessa área se dá prioritariamente na experiência cotidiana. Apesar de sua importância na área de saúde, o trabalho dos administrativos caracteriza-se, na maioria das vezes, por pouca formação específica e pela escassez de regulamentações, o que confere aos que atuam nessa área uma diversidade de funções e de remuneração.

Assim, compreende-se que as práticas desses trabalhadores no SUS estão profundamente marcadas por questões históricas norteadoras das concepções em torno do exercício dessa profissão, que assumem diferentes aspectos em determinados contextos da sociedade. Além disso, são concepções que ainda hoje mantêm tradições da organização dessa prática profissional na relação com o seu objeto de trabalho.

Assim, procuramos neste texto debater principalmente a importância do reconhecimento do técnico em gestão em saúde na perspectiva prevista no SUS. Porém, não podemos desconsiderar o contexto adverso de avanço das políticas neoliberais e de implantação de organizações sociais (OS), organizações sociais de interesse público (Oscips), fundações e empresas na saúde pública, que precarizam ainda mais a força de trabalho, promovendo o desmonte dos serviços públicos em contraposição aos direitos reconhecidos na Constituição, tornando ainda mais difícil a conquista de melhores condições de trabalho.

Conquistar melhores condições de trabalho não significa ignorar os limites orçamentários e a necessidade de aperfeiçoamento contínuo da gestão e da administração dos recursos, mas sim pensar socialmente, considerando a função estratégica específica do SUS em um marco político e social mais abrangente, em que a formação dos trabalhadores possa ser pensada como melhoria dos serviços prestados à população e como uma estratégia de mobilização e articulação da sociedade na defesa de direitos, em especial os movimentos sociais contra-hegemônicos (fóruns de saúde, frente nacional contra privatização da saúde), cuja perspectiva também serve de inspiração para os autores deste trabalho.

Dessa forma, as reflexões aqui contidas e também apresentadas resumidamente no Quadro 1 ao fim do capítulo, pretendem contribuir para o conhecimento público da importância desta invisível força de trabalho no campo da saúde, alertando também aos que atuam nesta área sobre a necessidade de um debate permanente a respeito da história pre-

sente e futura da conformação das categorias profissionais, da conquista de melhores condições de trabalho, do reconhecimento profissional e das implicações sobre possíveis mudanças relacionadas à regulamentação desse campo de atuação na saúde para melhoria da qualidade de vida em sociedade.

Leis / ANO	Regulamentação	Contexto Político Econômico
Período de 1930-1964	<p>1943 Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, é acrescido da categoria profissional de Técnico de Administração. http://www.soleis.adv.br/administrador.htm</p>	<p>Crescimento da Produção Industrial Americana Segunda Guerra Mundial. Transição da economia agrária exportadora para o capitalismo urbano no Brasil. Taylorismo, Fordismo. Crescimentos das Escolas de Administração nos EUA./ Criação da FGV no Brasil Criação de grandes hospitais no RJ. Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPS). Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) unificando os IAPs.</p>
	<p>1965 Lei nº 4.769, de 09 de setembro de 1965. Alterada pelas LEIS Nº 6.642/79 e Nº 8.873/94 Dispõe sobre o Exercício da Profissão de Técnico de Administração, e dá outras providências. (O exercício da profissão de Técnico de Administração é privativo: dos que, embora não diplomados nos termos das alíneas anteriores, ou diplomados em outros cursos superiores e de ensino médio, contem, cinco anos, ou mais, de atividades próprias no campo profissional de Técnico de Administração definido no art.2º). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4769.htm http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1965/4769.htm</p>	

	<p>1965 Lei no 4.769, de 09 de setembro de 1965. É criado o Conselho Federal de Técnicos de Administração (C.F.T.A.) e os Conselhos Regionais de Técnicos de Administração (C. R. T. A.), vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4769.htm http://www.soleis.adv.br/administrador.htm</p>	
Período de 1964-1980	<p>1966 Parecer CESu nº. 307, aprovado em 8 de julho de 1966. Alterada pela Resolução MEC/CFE nº. 18, de 12 de julho de 1973, conforme o Parecer MEC/CFE nº. 788, de 04 de junho de 1973 Fixa o primeiro currículo mínimo para o curso de Administração, tendo como referencial a Lei n.º 4.769, de 09/09/1965. ps: não previa a especialização em determinadas áreas, o que veio a ocorrer só em 1973 (Resolução MEC/CFE nº. 18, de 12 de julho de 1973, conforme o Parecer MEC/CFE nº. 788, de 4 de junho de 1973) que fixou os mínimos de conteúdo e duração de habilitações em Administração Hospitalar do curso de Administração. Por meio do currículo mínimo do curso de Administração habilitava-se, de fato, o profissional para o exercício da profissão de Técnico de Administração. http://www.soleis.adv.br/administrador.htm</p>	<p>Período de expansão capitalista no Brasil. Período de ditadura militar e cassação de direitos políticos e civis. Fortalecimento do complexo-médico industrial Criação do INPS e INAMPS. Ampliação dos contratos privados na saúde.</p>
	<p>1967 Decreto n.º 61.934, de 22 de dezembro de 1967. A Lei nº 4.769/65 sofreu alterações pelas Leis nº 6.642/79 e 8.873/94. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Técnico de Administração e a constituição ao Conselho Federal de Técnicos de Administração, de acordo com a Lei nº 4.769, de 09 de Setembro de 1965 e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D61934.htm http://www.soleis.adv.br/administrador.htm</p>	<p>Incentivo a formação de nível superior. Início do processo de reformulação do Estado Projetos de formação trabalhadores da saúde no interior do INAMPS. Projeto Larga Escala (INAMPS)</p>

Cont.

<p>1973 Parecer nº 788, aprovado em 4 de junho de 1973. Parecer MEC/CFE nº. 788, de 04 de junho de 1973. Alterada pela Resolução nº 18 de 12 de julho de 1973. Projeto de currículo para o ensino de Administração Hospitalar. Por meio do currículo mínimo do curso de Administração habilitava-se, de fato, o profissional para o exercício da profissão de Técnico de Administração. http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Relatorios/relatorio_gt_mec_adm.pdf</p>
<p>1973 Resolução nº 18, de 2 de julho de 1973. Conforme o parecer MEC/CFE Nº 788, fixou os mínimos de conteúdo e duração de habilitações em Administração Hospitalar do curso de Administração. Fonte: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Relatorios/relatorio_gt_mec_adm.pdf</p>
<p>1977 Estatuto Social Processo Mtb. 321.678, livro 38, folha nº 76, Rio de Janeiro</p> <p>Estatui o Sindicato dos Administradores do Estado do Rio de Janeiro. http://www.administradores.org.br/documentos/estatuto_sintaerj.pdf</p>
<p>1979 Parecer CFE 1.468/79 Habilitação e currículo mínimo - Técnico em Administração Hospitalar.</p> <p>(A habilitação auxiliar de Adm. Hospitalar constava do curso de Enfermagem de acordo com a Resolução nº 2/72. Com o parecer 1468/79, passou a integrar a área de Administração Hospitalar). Fonte: http://www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=155432</p>

<p>1984 Currículos Mínimos das habilitações de 2º grau Documento que reúne todas as habilitações em nível de técnico e básico relativas ao 2º grau e aprovadas pelo Conselho Federal de Educação, incluindo apenas a parte de formação especial.</p> <p>* Assistente de Administração, (Parecer nº 45/72 Documenta 134:107)</p> <p>* Administração Hospitalar (Parecer nº 1.468/79 - Documenta 228:221)</p> <p>Fonte: www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=154622 Revogada pela Lei nº 9.394, de 20.12.1996</p>	
<p>1985 Lei nº 7321, de 13 de junho de 1985 Altera a denominação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Técnicos de Administração e dá outras providências.</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7321.htm Vigente</p>	
<p>1985 Lei nº 7.321, de 13 de junho de 1985 Altera a denominação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Técnicos em Administração e dá outras providências.</p> <p>Passam a denominar se Conselho Federal de Administração e Conselhos Regionais de Administração, respectivamente.</p> <p>http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128224/lei-7321-85</p> <p>http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/regulamentacao.jsf#g Vigente.</p>	<p>Novas Crises do modelo capitalista no mundo.</p> <p>Fim da chamada "Guerra Fria".</p> <p>Processo de democratização no Brasil.</p> <p>Eleições diretas para Presidente.</p> <p>Criação do SUS.</p> <p>Ampliação das contratações de trabalhadores</p> <p>da saúde pela instância municipal.</p>
	<p>Avanço do Projeto neoliberal</p>

Cont. Período de 1980-2012	1990 Deliberação Nº 181/90 Altera para "Técnico em Administração" a denominação "Assistente de Administração" nas habilitações profissionais do Ensino de 2º Grau, nos termos da Resolução nº 01/90-CFE, e dá outras providências. http://www.cee.rj.gov.br/coletanea/d145_184.pdf Vigente.	Avanço do Projeto neoliberal Reforma do Estado (privatização de serviços (públicos) Ampliação da Atenção Básica principalmente Com a Criação do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.
	1993 Resolução MEC/CFE nº. 2, de 4 de outubro de 1993 Revogada pela Resolução CNE/CES nº 1/2004. Fixou os mínimos de conteúdos e duração do curso de Graduação em Administração possibilitando às instituições incluírem em seus currículos plenos os conteúdos específicos correlacionados ao foco do curso em determinada área da Administração http://www.cfa.org.br/download/Resn_2_1993.pdf http://www.soleis.adv.br/administrador.htm :	Inserção de novos modelos de gestão na saúde (OSs; Gestão Participativa, etc.) 1988 EPSJV inicia as suas primeiras turmas dos cursos técnicos em saúde. No campo da gestão, Habilitação Técnica inicial era em "Administração Hospitalar". 2008 – Curso técnico da EPSJV volta a se chamar Curso Técnico de Gerência em Saúde
	2004 Resolução CNE/CES nº 1/2004. Vigente Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Administração. http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces0023_05.pdf	
	2009 Resolução CONSEPE nº 266/09 de 04/12/09. Protocolo e-MEC nº 201106559. Vigente. Criação do Curso de Tecnólogo em Gestão Hospitalar. portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task...	
	2012 Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Básica Resolução nº 2, de 30 de janeiro de 2012 (*) Define Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.	

* O termo vigente refere-se à lei ainda em vigor na presente data.

Referências

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Assistência Médico Sanitária*, 2005. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>. Acesso em: 8 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos*, 2009. Disponível em: <www.catalogonct.mec.gov.br>. Acesso em: 8 ago. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Site oficial do Hospital dos Servidores do Estado (HSE)*. Disponível em: <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/apres/hist.asp>>. Acesso em: 25 maio 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Centro de Referências das Lutas Políticas no Brasil (1964-1985). Disponível em: <www.memoriasreveladas.gov.br>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO (CFA). *Site*. Disponível em: <<http://www2.cfa.org.br/administrador/diversos/pagina-teste-1>>. Acesso em: 15 ago. 2012.
- CAMPOS, G. W. Gestão em Saúde (verbete). In: PEREIRA I. B. & LIMA, J. C. F. (orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- CASTRO, V. C. *A 'Porta de Entrada' do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro*, 2002. Dissertação Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- DINIZ, D. *O Desenvolver de um Município: Itaperuna – do Germinar à frutificação*. Disponível em: <www.itaperunaonline.com.br/Portal/modulos/livrosetextos/o_desenv_de_um_municipio_dulce/parte_1/cap-04-2-02-seguro-social.htm>. Acesso em: 18 ago. 2012.
- FREITAS, M. B. et al. *Formação de Trabalhadores e o Sistema Único de Saúde: analisando os desafios para a gestão do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2009. (Relatório de Pesquisa.)
- GUIMARÃES, N. de A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em*

Saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

HARVEY, D. *O Novo Imperialismo*. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

MACHADO, M. H. *Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARX, K. O 18 Brumário de Louis Bonaparte [19851-1852]. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1852/brumario/cap01.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Publicações*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Prog_form.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

PACHECO, E. (Org.). *Perspectiva da Educação Profissional Técnica de Nível Médio – propostas de diretrizes curriculares nacionais*. São Paulo: Editora Moderna, 2012. Disponível em: <www.moderna.com.br/institucional-2/politicas-publicas-educacionais/>. Acesso em: 5 set. 2012.

SANTIAGO, G. E. *Formar Para Quê? Análise da Proposta de Politecnia e suas Relações com a Formação dos Trabalhadores de Nível Médio que Atuam no Campo da Gestão do SUS*, 2010. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

VIEIRA, M. *Trabalho e Qualificação no SUS e a Construção dos Modos de Ser Trabalhador nas Organizações Públicas de Saúde*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Processo de Qualificação de Trabalhadores Técnicos de Informações e Registros em Saúde

Marcia Fernandes Soares
Martha Peçanha Sharapin
Sergio Munck Machado
Camila Abreu de Carvalho

Este capítulo buscou analisar a construção do processo de qualificação dos trabalhadores de nível médio que atuam com os registros e informações em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa abordagem considerou-se a formação desses trabalhadores e as relações que se estabelecem no seu desenvolvimento, buscando aprofundar, assim, as discussões sobre a qualificação dos grupos profissionais do setor saúde,¹ bem como verificar a sua expressão nas políticas públicas de formação técnica e o contexto que gerou essa demanda profissional.

Pretendeu-se analisar a formação desse trabalhador e o processo de construção de uma identidade profissional,² nitidamente relacionada a informações essenciais para a condução do sistema de saúde. Nessa concepção, tais profissionais devem ser credenciados para seleção, gerenciamento e avaliação da informação adequada no intuito de contri-

¹ Consideramos a ‘qualificação’ como uma relação social. De acordo com o *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*: a ‘qualificação’ é, a um só tempo, resultado e processo. Como resultado, expressa as qualidades, ou credenciais de que os indivíduos são possuidores. Essa aquisição é socialmente construída: resulta de mecanismos e procedimentos sociais de delimitação, reconhecimento e classificação de campos, irredutíveis em sua riqueza empírica à mera escolarização alcançada ou aos treinamentos em serviços realizados. Assim, os trabalhadores são considerados qualificados ou não de acordo com as regras socialmente construídas; tais regras são reproduzidas “nos discursos e práticas dos escalões organizacionais, das instituições sindicais e dos próprios trabalhadores individuais” (Pereira & Lima, 2009: 340).

² Pode-se entender ‘identidade profissional’ como um sistema de valores e crenças que o indivíduo desenvolve sobre si mesmo, sobre a ocupação escolhida, sobre o trabalho e seu significado; um conjunto de atitudes básicas em relação ao exercício da profissão ou ocupação, resultante dos interjogos entre recursos pessoais, as oportunidades e as exigências do mercado de trabalho e da qualificação recebida. (...) É por meio do trabalho que o indivíduo encontra o reconhecimento social. É ele que luta por esse reconhecimento que o conduz à identidade profissional (Xavier, 2012: 51).

buir para o processo de tomada de decisão e para o desenvolvimento da pesquisa em saúde. A qualificação do profissional de nível médio que atua nessa área vem, então, criar condições favoráveis para facilitar a continuidade do tratamento ao paciente; permitir a investigação e a pesquisa científica; oferecer às instituições de saúde os dados necessários para a avaliação da qualidade da assistência, a eficiência do trabalho dos profissionais; e, principalmente, subsidiar as atividades de planejamento das ações de saúde e a aplicação de recursos. Por este motivo, considera-se fundamental compreender o surgimento desse grupo profissional, as exigências de sua qualificação e as regulamentações elaboradas para o campo.

No entanto, antes de se identificar a trajetória desse grupo profissional, faz-se necessário apresentar um breve histórico da área de ‘informações em saúde’, na tentativa de contextualizar o campo em que atua esse profissional e de compreender a relevância que ele representa atualmente para a saúde, especialmente no Brasil.

A área de ‘informações em saúde’ está diretamente relacionada à necessidade de registrar, conhecer e ter informações sobre a situação de saúde de uma população. A história da evolução dos registros de saúde está associada à própria história da medicina, como se comprovou em várias pesquisas sobre o tema. Alguns períodos históricos caracterizaram-se pelo maior ou menor desenvolvimento deste tipo de registro. Para melhor compreender o contexto em que surgiram os registros de pacientes nos hospitais do final do século XVIII, cabe recuperar as palavras de Michel Foucault, ao identificar algumas características dessas instituições:

Pode-se compreender, entre várias características do hospital, que ele possui organização de um sistema de registro permanente e, na medida do possível, exaustivo, do que acontece. Em primeiro lugar, técnicas de identificação dos doentes. Amarra-se no punho do doente uma pequena etiqueta que permitirá distingui-lo mesmo se vier a morrer. Aparece em cima do leito a ficha com o nome e a doença do paciente. Aparece, também, uma série de registros que acumulam e transmitem informações: registro geral das entradas e saídas em que se anota o nome do doente, o diagnóstico do médico que o recebeu, a sala em que se encontra e, depois, se morreu ou saiu curado; registro de cada sala feito pela enfermeira-chefe; registro da

farmácia em que se diz que receitas e para que doentes foram despachadas; registro do médico que manda anotar, durante a visita, as receitas e o tratamento prescritos, o diagnóstico, etc. Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos de confrontarem suas experiências e seus registros (...) para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra, etc. Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. (...) Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. (Foucault, 1982: 110-111)

A partir dessa gênese, constata-se transformações e desdobramentos no uso das ‘informações em saúde’, que se refletem no modo de realizar atividades e no significado da sua representação para os serviços de saúde. Nesse contexto, vale ressaltar a relevância do desenvolvimento de novas tecnologias, que geram, por conseguinte, não só inovações, mas também mudanças na organização do processo produtivo em distintos setores, não sendo diferente na área de informações em saúde, tais como, o surgimento e a disseminação da informática em saúde, o amplo acesso às bases de dados em saúde e a concepção e utilização dos registros eletrônicos do paciente.

Estas inovações, geralmente, modificam as bases técnicas de organização, de gestão e de relações no trabalho, exigindo novos requisitos profissionais. Este texto também procurou abordar essas questões para analisar o processo de constituição e qualificação do grupo profissional dos trabalhadores da área de ‘informações em saúde’, relacionando-o ao contexto histórico gerador dessa demanda, especialmente, o período de construção e implantação do SUS. Com o propósito de delinear sua identidade profissional, levou-se em consideração, portanto, as suas ati-

vidades, formação e campo de atuação, sobretudo a partir da introdução das novas tecnologias de informação.

Para tal, adotou-se um procedimento metodológico com o fim de obter informações pertinentes à trajetória de formação dos trabalhadores em registros e informações em saúde. Este objetivo só pôde ser atingido por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que combinou a revisão da literatura produzida na área com a pesquisa documental, desenvolvida da seguinte maneira: analisou-se leis, decretos, pareceres, resoluções (regulamentações), que dizem respeito tanto à formação quanto à atuação profissional desses trabalhadores. Além desses instrumentos documentais, verificou-se de que forma o perfil desses profissionais é tratado em programas de cursos oferecidos pelo setor público de ensino.

Cabe assinalar que o estudo da área de informações em saúde pode abarcar um leque muito amplo de abordagens. Optou-se, então, por adotar a definição do campo de atuação a seguir e focalizar o estudo no sentido histórico, da legislação e da formação deste profissional em saúde de nível médio.

Conceitua-se 'informação em saúde' como sendo a gestão da informação que se origina no uso sistemático e intensivo de dados quantitativos e qualitativos e das tecnologias de informação, comunicação, computação e telecomunicação na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde; na promoção da saúde; no planejamento, regulação, administração e provisão de serviços de saúde; no monitoramento, vigilância e análise da situação de saúde de populações e do ambiente; na avaliação dos serviços de saúde e no diagnóstico e tratamento de doenças. (Moraes, 1994: 86-98)

Ao tratar as informações de saúde como fonte de conhecimento sobre 'a situação de saúde de uma população' torna-se fundamental assegurar-se um processo de organização adequado. Para tornar isso possível, os profissionais que atuam nessa área necessitam de uma formação que contemple o processo de produção de informações para o sistema de informações em saúde, para a vigilância em saúde, para a gestão do cuidado e do sistema de saúde, bem como para os usuários e demais profissionais da saúde. Nessa perspectiva, buscou-se compreender a for-

mação histórica dos trabalhadores de registros e informações em saúde, visando ao conhecimento do perfil e da identidade profissional, além de discutir sua formação e regulamentação no contexto da saúde.

Conformação do Grupo Profissional dos Trabalhadores de Registros e Informações em Saúde

Ao analisar historicamente a força de trabalho na área da saúde no Brasil, observou-se modificações no que se refere ao surgimento e à inserção de várias categorias profissionais neste setor.

Durante o regime militar, constatou-se um incentivo à formação profissional de nível superior, uma priorização do setor privado e uma política de educação profissional baseada em um projeto tecnicista, especialmente no setor saúde, reduzindo, segundo Pereira e Lima,

a concepção de educação profissional a mero fator técnico da produção. Sendo assim, verificou-se, no setor saúde, (...) como essa concepção tecnicista de educação profissional contribuiu, entre outros, para naturalizar as ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde: reduzir a formação profissional a meros treinamentos; conformar os trabalhadores à divisão técnica do trabalho em saúde; manter a hegemonia do ideário cientificista e tecnicista na área; incentivar a crença nas técnicas pedagógicas como instrumento para resolver problemas da formação técnica e de saúde da população; estabelecer análises lineares e imediatas entre educação e mercado de trabalho em saúde, de modo a adequar a formação às necessidades desse mercado, reduzindo o ensino às tarefas do posto de trabalho. (Pereira & Lima, 2009: 184-185)

Deve-se destacar ainda que,

o termo ‘trabalhador técnico’, portanto, servia para designar um segmento de múltiplos trabalhadores que, sem identidade profissional, serviam a diferentes demandas, mas sempre se situando na confluência do trabalho do profissional com formação superior (...) o que gerava impasses insolúveis no plano da organização e operacionalização do processo de trabalho: ‘do técnico sem lugar, ao lugar do técnico na área de saúde’ é uma questão que se torna ponto de partida. No cotidiano

do trabalho, eram frequentes as discussões focadas no ‘fazer’ desse trabalhador sem qualificação, em especial, dada a incoerência entre quem realmente executava o trabalho e como o exercício das profissões era regulado. (Christófaró, 2009: 106)

Nesse contexto surge outra questão de fundamental importância para compreender a origem do grupo profissional dos trabalhadores de registros e informações em saúde: a existência de uma grande parcela de trabalhadores atuantes na saúde sem a qualificação específica. O setor de saúde, muitas vezes, absorveu trabalhadores para as diversas funções sem a formação necessária para exercerem as atividades. O sistema de saúde não valorizava o trabalhador de nível médio e não investia em formação profissional; desse modo refletia também

o processo educacional brasileiro que marginalizou grande parcela da população, parte desta absorvida por aquele sistema, criando uma massa de trabalhadores desqualificados tecnicamente, alijados socialmente e acríticos quanto ao seu poder de intervenção no processo produtivo. (Santos & Souza *apud* Munck, 1999: 22)

O que se observa, portanto, é que esta não valorização do técnico se refletiu diretamente na formação e definição da identidade do grupo profissional dos trabalhadores de registros e informações em saúde.

Já na década de 1980, com a redemocratização do país e com a criação do SUS,³ determinou-se que as ações e serviços públicos de saúde devessem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, o que, na prática, significa que os serviços de saúde foram municipalizados, ocasionando, então, um aumento da oferta de trabalho público, especialmente para o nível técnico. No entanto, essas mudanças

³ A constituição do SUS representou, para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se paradigmas do SUS. Algumas tendências são identificadas nesse processo e merecem ser destacadas, como, por exemplo: 1) expansão da capacidade instalada; 2) municipalização dos empregos; 3) ambulatorização dos atendimentos; 4) maior qualificação da equipe; 5) feminilização da força de trabalho; 6) flexibilidade dos vínculos, entre outras (Machado, Oliveira & Moyses, 2011: 3).

não foram acompanhadas por regulamentações,⁴ ou seja, estes trabalhadores assumiram diversas atividades, contribuindo para a indefinição de seu objeto de trabalho e, conseqüentemente, não propiciando a construção de uma identidade profissional.

Desse modo, a precariedade de profissionais sem a formação adequada para desempenharem as atividades de registros e informações em saúde é significativa no país como um todo. Tais atividades geralmente são executadas de maneira deficiente, acarretando ‘nós críticos’ quanto a qualidade e uso dos dados e das informações para o SUS. Por isso, a partir do reordenamento do sistema, torna-se necessária a conformação de novos perfis profissionais, que devem ser definidos em decorrência do modelo assistencial, da organização e da composição tecnológica dos serviços. Vale lembrar que historicamente no caso brasileiro a obtenção dos direitos sociais foi diretamente vinculada à identidade profissional, pois de acordo com Pronko e Corbo (2009: 106),

a formação dos técnicos em saúde no Brasil é objeto de regulação desde o início do século XX. No contexto de abertura política que caracterizou o final da década de 70 e o início da década de 80, as diversas categorias que compunham a força de trabalho da saúde se organizaram e reivindicaram o estabelecimento de políticas que definissem a educação na área da saúde.

Diante das novas demandas do SUS, as ‘informações em saúde’ alcançam um papel estratégico na gestão do sistema, pois os trabalhadores dessa área assumem atividades cada vez mais complexas em seu processo de trabalho, exigindo, portanto, um novo perfil profissional. Conforme diagnóstico da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que já anunciava, há duas décadas, que

em 81,9% dos Sistemas de Informações em Saúde existentes no país, não há critério para selecionar os profissionais que vão

⁴ Da perspectiva da regulamentação, podemos classificar as ocupações em pelo menos três grupos: as não regulamentadas (ou reguladas pelo mercado); as fracamente regulamentadas; e as ‘fortemente’ regulamentadas. Neste último grupo se encontram as ocupações que detêm autorregulação e que são chamadas de profissões. Quanto às ocupações de nível técnico médio, pode-se agrupá-las no segmento das ocupações fracamente regulamentadas. (...) a maior parte delas têm regulado tão somente os requisitos educacionais, na forma de currículos mínimos que lhes conferem direito a certificados, ou a autorização de praticar determinados atos e de exercer algumas atividades (Girardi, Fernandes & Carvalho, 2000: 3-4).

lidar diretamente com as informações. Agregam-se ao processo os que estão ‘disponíveis’ naquele momento, em um mecanismo casuístico de seleção. A proposta de capacitação dos profissionais que já estão trabalhando com os SIS (seja a nível federal, estadual ou municipal) se impõe como alternativa importante para enfrentar o quadro existente e envolve: (...) uma especial atenção aos profissionais de nível médio, pois estes constituem os pilares sobre os quais os SIS funcionam. Nesse sentido, deve-se enfatizar o apoio às Escolas Técnicas, sejam federais, estaduais ou municipais, existentes nas regiões, à semelhança da experiência desenvolvida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. (Brasil/MS, 1994: 39)

Com base no quadro esboçado, destacam-se as questões: quem são esses profissionais, de que forma se dá sua qualificação, onde e como atuam em face das novas demandas do sistema de saúde?

Especificidades do Campo a partir do Surgimento de Novas Tecnologias

A consolidação do SUS, no final da década de 1980, e a consequente descentralização das ações em saúde representaram a valorização do nível local no que se refere às questões de planejamento e orçamento. Segundo Branco (1996: 267), a descentralização proposta nos marcos jurídicos do SUS “não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior autonomia municipal”. Assim, o nível local ganha relevância, pois o texto da Lei Orgânica da Saúde atribui como sua competência, em conjunto com os Estados e o nível federal, a coordenação e a organização dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS). Dessa forma, o nível local deixa de ser apenas o coletor de dados para exercer um papel mais atuante na elaboração de diagnósticos da situação sanitária em seu território e posteriormente na definição de prioridades para a alocação de recursos.

É também no final da década de 1980 e ao longo dos anos 90, com certo atraso no país, e restrito ao âmbito acadêmico, que se assiste à introdução das assim chamadas tecnologias de informação (TIs). Para Castells (2000: 49), trata-se de um “conjunto convergente de tecnologias

em microeletrônica, computação (*software* e *hardware*), telecomunicações / radiodifusão, e optoeletrônica”. Por sua vez, Sigulem (1998), entende que a TI em saúde diz respeito a “documentação, processamento de dados, ciência da informação e da computação, robótica, inteligência artificial, comunicação, tecnologias espaciais, bem como todas aquelas relacionadas ao processamento de sinais gráficos e audiovisuais”.

Esse atraso na implementação das TIs deveu-se, em parte, às ações implementadas pela Coordenação de Atividades na área da Eletrônica (Capre), em 1972, e mais tarde, à Lei Nacional de Informática, institucionalizada em novembro de 1984 (Sigulem, 1997: 24), que instituiu a chamada ‘reserva de mercado’ para *hardware* e *software*. Deve-se assinalar que, em um curto período de tempo, as TIs foram incorporadas aos serviços de saúde, ainda que de um modo acrítico, com pouca reflexão/ação, principalmente, sobre a questão da qualificação de pessoal necessário para o desenvolvimento da potencialidade dessas tecnologias (Moraes, 1994). Entretanto, é importante ressaltar algumas iniciativas que contribuíram para institucionalizar a área de informações em saúde: a criação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), do Grupo de Trabalho em Informações em Saúde da Abrasco, da Empresa de Informática do SUS (Datusus), da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Por todas as questões anteriormente citadas, percebe-se que, ao longo dos últimos anos, houve a incorporação e a capilarização das TIs em saúde nos diversos órgãos das diferentes esferas administrativas. Em consequência, observa-se uma maior disponibilidade de dados, o que vem gerando uma demanda por profissionais da área de informação com um novo perfil. Se antes esse profissional estava localizado num setor específico dos estabelecimentos de saúde, os então denominados serviços de arquivo médico e estatística, atualmente, por conta dessas mesmas tecnologias, ele pode ser encontrado em vários outros setores nos níveis central, regional ou local.

Em outras palavras, a informação em saúde vem paulatinamente mudando de ‘imagem’ (Moraes, 2002). Para Moraes, a expressão ‘informação em saúde’ estava associada aos grandes arquivos, vistos como um espaço monótono, repetitivo, muitas vezes, empoeirados, e os prontuários estavam associados a um emaranhado de papéis riscados. Hoje,

ainda segundo a mesma autora, a informação é processada em ambientes cada vez mais claros, *cleans*, refrigerados, configurando assim a nova imagem das informações em saúde nas unidades assistenciais. Embora a autora chame a atenção para o fato de que a realidade na maioria dos estabelecimentos públicos de saúde está longe dessa “imagem”, é cada vez maior o descompasso entre a complexidade da área e a capacitação hoje ofertada. No documento Programa Nacional de Capacitação do Profissional de Informações e Informática em Saúde (Ripsa, 1998: 9), elaborado pelo Comitê Temático Interdisciplinar de Capacitação do Profissional de Informações em Saúde, estão listadas ‘31 necessidades temáticas’, no que se refere à capacitação em informações e informática em saúde, a partir das demandas levantadas nas secretarias de saúde dos estados. Apesar de não esgotar a totalidade das demandas para a área, a lista específica discrimina a importância das novas TIs na construção do perfil desses profissionais (Quadro 1).

Quadro 1 – Necessidades temáticas para capacitação em informações e informática em saúde

Nº	Descrição
1.	Implantação e gerenciamento dos seis SIS (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc; Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação – Sinan; Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH-SUS; Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA-SUS e Sistema de Informação de Atenção Básica – Siab)
2.	Aprimoramento gerencial dos SIS (6), quantitativa e qualitativamente
3.	Gerenciamento de SIS
4.	Metodologia de documentação dos SIS
5.	Sistemas de informações de unidades assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia)
6.	Ética e política de informações em saúde
7.	Análise crítica do contexto da informação em saúde
8.	Análise crítica da gestão da informação em saúde
9.	Análise crítica da política de informática existente no Brasil e suas repercussões para a área da saúde (saúde pública / saúde coletiva)

cont.

10.	Análise crítica da produção, disseminação e gestão das informações no Brasil e sua relação com o processo informacional em saúde
11.	Análise da situação de saúde e da oferta de serviços de saúde
12.	Utilização das informações como apoio ao processo gerencial em saúde
13.	Incorporação de novas tecnologias na gestão da informação
14.	Indicadores de gestão em saúde e de situação de saúde
15.	Metodologia de tratamento e análise de dados
16.	Introdução à informática em saúde (Epi-info, Tabwin)
17.	Utilização de pacotes estatísticos mais complexos
18.	Análise espacial e visualização de dados
19.	Regionalização e hierarquização com uso de Sistemas de Informações Geográficas (SIG)
20.	Modelos matemáticos de localização de tecnologias/unidades de atenção à saúde
21.	Implementação de SIG
22.	Prontuário eletrônico do paciente
23.	Processamento de sinais e imagens
24.	Administração de rede de informações
25.	Ferramentas de disseminação da informação em saúde
26.	Acesso à Internet / Uso dos diversos tipos de serviços disponíveis na Internet
27.	Elaboração de <i>homepage</i> institucional em saúde
28.	Introdução à informática (aplicativos básicos e operacionais)
29.	Gerência de bancos de dados
30.	Metodologias de relacionamento de bases de dados
31.	Compatibilização de bases de dados

Fonte: Ripsa, Programa Nacional de Capacitação do Profissional de Informações e Informática em Saúde, 1998.

Identidade Profissional dos Trabalhadores de Registros e Informações em Saúde

Atualmente constata-se na área de saúde o surgimento de recentes modificações nos postos de trabalho, principalmente no âmbito do SUS, relacionadas à introdução de novos procedimentos, novos conhecimentos de ciência, tecnologia etc. Isso não significa dizer, porém, que os

postos de trabalho no setor saúde⁵ estejam saturados; pelo contrário, o que acontece é um desequilíbrio entre a oferta e a demanda, pois como é um setor dinâmico, mudam-se os serviços e as necessidades, mas não ocorre a substituição da mão de obra por tecnologia, e sim de um trabalhador por outro. Nesse cenário, os profissionais de nível médio e elementar, que representam uma importante parcela da força de trabalho em saúde, por ocuparem um grande número dos postos de trabalho, sentem essas modificações em maiores proporções.

Partindo desse pressuposto, torna-se fácil entender que a atual tendência do mercado dos técnicos, ao contrário do que acontece com as profissões de nível superior, é de continuar sendo uma área desprotegida em termos de regulamentação, talvez porque seja um contingente que não tenha autonomia no seu processo de trabalho, muitas vezes sem valorização da sua atividade profissional, atuando apenas – na visão de alguns – sob supervisão das profissões de nível superior.

Sendo assim, coloca-se a questão: como profissionalizar nessa área e nesse nível de escolaridade? Ao contrário do que se possa imaginar, essa dicotomia não é tão simples, pois como em todo processo de trabalho⁶ a dinâmica é muito complexa. Torna-se necessário olhar para o processo de trabalho dos técnicos de saúde, em especial para os técnicos de registros e informações em saúde. Isso significa indagar, em um primeiro momento: quem são esses técnicos? Quais as tarefas que envolvem seu trabalho? Qual a formação necessária? Em um segundo momento deve ser investigado: o que fazem? Como fazem? Por que fazem?

Responder a todas essas questões com certeza não é uma tarefa simples, e no caso dos trabalhadores de registros e informações em saú-

⁵ Trata-se de um mercado de trabalho constituído por atividades que requerem o uso de mão de obra intensiva, a despeito do incremento de novas tecnologias crescentemente incorporadas nas atividades de saúde. Isso porque no setor saúde ocorre quase sempre o oposto do que se observa em outros setores da atividade econômica: com a modernização, seja de novos produtos, seja de instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, na maioria das vezes acrescentam-se novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, no final das contas, a demanda efetiva por força de trabalho. Ver Giovanella, Escorel e Lobato (2008).

⁶ De acordo com o *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*, “os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios de trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise (...) Assim, na atualidade, o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além das áreas profissionais especializadas” (Pедуzi & Schraiber, 2009: 320-326).

de a situação ainda é mais delicada, porque eles não atuam diretamente na atenção à saúde, no cuidado direto aos pacientes, sendo o seu trabalho ‘menos visível’ para a sociedade.

A formação dos trabalhadores que lidam com as informações em saúde no Brasil também possui uma trajetória associada à implantação do SUS e suas leis, pareceres e resoluções. Da década de 1980 até hoje poucas mudanças ocorreram no que se refere à regulamentação dessas atividades. Sem uma política regulatória definida como dizer quem é esse técnico, quais suas funções e o que ele precisa na sua formação? De acordo com Machado:

A formação do técnico no país, de modo geral, está entregue aos Estados (eu acho que tem que estar mesmo), mas sem os parâmetros da formação. A maioria dessa formação é feita por escolas privadas e com pouquíssimo controle do Estado. Pior ainda é a questão de saber quem são esses profissionais e com que perfil estão atuando no Sistema Único de Saúde. (Machado, 2009: 61)

Diferentemente das demais profissões técnicas do setor, a formação do profissional de registros e informações em saúde tem se dado no âmbito do setor público. Nesse cenário, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) tem um papel de fundamental importância na formação desse trabalhador: foi a primeira instituição que implantou um curso de formação técnica para a área. Além dessa escola, constatamos, no decorrer da pesquisa, outras iniciativas de cursos de formação, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Iniciativas de formação profissional: cursos técnicos/especialização técnica

Curso	Instituição	Descrição
Criação do Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde da EPSJV/Fiocruz	EPSJV	Em 1986 foi implantado o 1º curso técnico da EPSJV (unidade técnico-científica da Fiocruz criada em 1985), no contexto da Reforma Sanitária, com apoio do Ministério da Saúde e da OPS. Habilitação técnica em registros e informações em saúde (aprovada em 1989, a partir da experiência implantada na EPSJV).
Cursos Técnicos subsequentes ao Ensino Médio, da habilitação Registros e Informações em Saúde. TITULAÇÃO: Técnico em registros e informações em saúde	EPSJV	OBJETIVO: Formar técnicos de nível médio em registros e informações em saúde. DESCRIÇÃO: O curso se desenvolve por meio de aulas teóricas e práticas, com base nos seguintes temas: uso de tecnologias da informação e da comunicação; epidemiologia; processo de trabalho e políticas de saúde; vigilância em saúde; gestão e planejamento dos serviços de registros e informações em saúde; organização e disponibilização das informações do prontuário do paciente; auxílio na formulação, implementação e operação de sistemas de informações em saúde das unidades de saúde; classificação e codificação de procedimentos e diagnósticos; auxílio nos levantamentos sobre morbi-mortalidade e outras variáveis de interesse da área de saúde; capacitação de pessoal do serviço de registros e informações em saúde. A QUEM SE DESTINA: profissionais de nível médio que atuem na área de informações e registros de saúde. CARGA HORÁRIA: 1.200 horas

cont.

<p>Descentralização do Curso Técnico de Nível Médio em Registros e Informações em Saúde da EPSJV</p>	<p>EPSJV</p>	<p>Programa de descentralização do Curso Técnico de Nível Médio em Registros e Informações em Saúde da EPSJV para demais estados: realização de oficinas de capacitação docente, com apoio do Ministério da Saúde, nos estados de RN, PE, BA, MT e SP (1995/1996).</p>
<p>Cursos de Especialização Técnica de Nível Médio em Registros e Produção de Informações em Saúde</p> <p>TITULAÇÃO: é concedido certificado de Especialização Técnica de Nível Médio em Registros e Produção de Informações em Saúde aos alunos que apresentarem 75% de frequência e média 6,0 de aproveitamento durante o curso.</p>	<p>EPSJV</p>	<p>OBJETIVO: Especializar profissionais de nível médio/técnico em registros e produção das informações em saúde, visando desenvolver a capacidade de análise e intervenção na organização/reorganização dos serviços de registros e informações em saúde, para a gestão em saúde. DESCRIÇÃO: terá como suporte uma estrutura de formação dinâmica e flexível, favorecendo a participação e a apropriação da estrutura do conhecimento por parte do aluno/profissional, de forma articulada com as suas experiências e vivências. Organizado em cinco eixos temáticos, que nortearão as bases tecnológicas do trabalho na área de informações em saúde. A QUEM SE DESTINA: Profissionais de nível médio/técnico da área da saúde desenvolvendo atividades relacionadas com informações em saúde e/ou serviços de registros e informações em saúde ou cujas atividades estejam vinculadas à produção, planejamento, organização, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, com conhecimentos básicos de informática. CARGA HORÁRIA: 388 horas (2010).</p>

Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde	Escola de Enfermagem de Natal – UFRN	<p>A QUEM SE DESTINA: Estudantes ou profissionais que tenham concluído Ensino Médio ou estudantes que estejam concluindo o Ensino Médio. ÁREA DE ATUAÇÃO: atua na organização do conteúdo e do arquivo de prontuários, na organização das fontes de dados e no registro para os sistemas de informações em saúde, contribuindo para a continuidade do atendimento, o planejamento e a avaliação das ações. Desenvolve procedimentos de guarda, catalogação, pesquisa e manutenção de registros e dados em saúde. CARGA HORÁRIA: 1.200 horas.</p>
Técnico em Sistema de Informação em Saúde	Escola de Saúde Pública do Ceará	<p>OBJETIVOS: Oferecer condições para que o educando desenvolva as competências profissionais necessárias e comuns aos trabalhadores da área da saúde e as competências específicas da profissão de técnico, de modo a favorecer o diálogo e a interação com os demais trabalhadores, facilitando a navegabilidade na área e ampliando seu campo de atuação; contribuir para a inserção dos técnicos em sistema de informação em saúde no mercado de trabalho; favorecer o aperfeiçoamento profissional do técnico em sistema de informação em saúde; favorecer a adoção de atitudes positivas do técnico em sistema de informação em saúde perante as mudanças e as novas situações profissionais. PÚBLICO-ALVO: trabalhadores que atuam no SUS e pessoas da comunidade que tenham concluído ou estejam cursando o Ensino Médio. METODOLOGIA: desenvolvido com base na abordagem por competências, tendo como objetivo melhorar a capacitação dos profissionais de saúde para responder adequadamente às necessidades da comunidade e enfrentar novos desafios, promovendo, além da aprendizagem de conhecimentos integrados, o desenvolvimento de atitudes de cooperação, suporte mútuo e congruência social. CARGA-HORÁRIA: 1.440 horas, distribuídas entre 800 horas teórico-práticas e 640 horas de estágio supervisionado.</p>

cont.

<p>Técnico em Registros e Informações em Saúde</p>	<p>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS / Campus Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição)</p>	<p>OBJETIVO GERAL: formar técnicos em registros e informações em saúde, aptos a atuar na organização do conteúdo e do arquivo de prontuários, na organização das fontes de dados e no registro para os sistemas de informações em saúde, contribuindo para a continuidade da atenção integral à saúde, o planejamento e a avaliação das ações e desenvolvendo procedimentos de guarda, catalogação, pesquisa e manutenção de registros e dados em saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. METODOLOGIA: o processo educativo terá como eixo estruturante a constante reflexão sobre a prática. PÚBLICO POTENCIAL: trabalhadores do sistema de saúde, predominantemente aqueles vinculados aos serviços e instituições do sistema de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, bem como sujeitos com expectativa de atuação em órgãos de registro, tratamento e uso de informações em saúde. TIPO: Técnico, subsequente ao Ensino Médio. CARGA HORÁRIA: 1.200 horas.</p>
<p>Curso de Especialização Técnica em Informações em Saúde</p> <p>TITULAÇÃO: É concedido certificado de Especialização Técnica de Nível Médio em Informações em Saúde</p>	<p>EPSJV</p>	<p>OBJETIVO GERAL: Qualificar os profissionais de nível médio na área de informação em saúde, considerando as suas práticas, saberes e habilidades. METODOLOGIA: terá como referência as singularidades das práticas dos trabalhadores da área de informações em saúde, bem como as especificidades do trabalho desenvolvido nas diferentes unidades do SUS. Considerando que os profissionais possuem experiências distintas de trabalho no setor saúde e a inserção deles nesse processo de trabalho, a metodologia proposta procura resgatar essas experiências, estabelecendo relações fundamentais entre teoria/prática, ensino/trabalho, de modo a permitir aos profissionais uma reflexão sobre sua atuação. O curso será desenvolvido em quatro eixos temáticos: introdução às políticas públicas de saúde no Brasil; informação em saúde; sistemas de informações em saúde; trabalho e educação. PÚBLICO-ALVO: profissionais de nível médio, cujas atividades se relacionem com a área de informação em saúde. CARGA HORÁRIA: 218 horas, referentes às aulas teórico-práticas; e 54 horas relativas à metodologia de trabalho de conclusão de curso, totalizando 272 horas (2011).</p>

Fonte: quadro elaborado para este texto pelos autores.

As propostas de capacitação para os profissionais de nível médio na área de informações em saúde, como as apresentadas no Quadro 2, tornam-se alternativas para a qualificação desse trabalhador.

Apresenta-se e analisa-se, a seguir, um quadro da legislação, com pareceres de maior interesse, desde seu contexto de surgimento até os dias de hoje, inclusive no período de implantação do SUS, visando a melhor compreender quem são esses trabalhadores (ver Quadro 3).

Quadro 3 – Legislação de interesse à formação profissional em saúde

Data	Regulamentação	Função/Objetivo
1981	Parecer CFE 40/81. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação	Criação das habilitações de técnico em fisioterapia e em documentação médica e inclusão de radiologia no currículo de radiologia médica – radioterapia.
1988	SUS. Brasil. Ministério da Saúde.	É instituído pela Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde.
1989	Parecer 353/89. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação	Cria habilitações profissionais de técnico em registros de saúde, técnico em equipamentos médico-hospitalares e técnico em citologia.
1990	Parecer 130/90	Proposta apresentada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Ministério da Educação (MEC) para habilitação de auxiliar em registros de saúde. Trata dos conteúdos mínimos para a formação desse profissional e solicita exame de cancelamento da habilitação auxiliar em documentação médica.
2009	<i>Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos (CNTC)</i>	Discrimina as atividades principais desempenhadas pelo técnico, cursos de formação, possibilidades de locais de atuação, infraestrutura recomendada e carga horária mínima, subsídios fundamentais para o exercício da cidadania no acompanhamento dos cursos.
2011	<i>Classificação Brasileira de Ocupações</i>	Classifica todas as ocupações reconhecidas pelo Ministério do Trabalho.

Fonte: quadro elaborado para este texto pelos autores.

Segundo o parecer n. 353/89, aprovado em 14 de abril de 1989, pelo Conselho Federal de Educação, do Ministério de Educação, que criou a habilitação profissional técnica em registros e informações saúde, este

é um profissional de 2º grau que aplica técnicas de organização e administração de serviços de documentação, registro e estatística de saúde; desenvolve e põe em prática procedimentos eficientes voltados para o desenvolvimento, a guarda, catalogação e manutenção de registros e processamento de dados; supervisiona o pessoal auxiliar visando à qualidade e quantidade das ações que se realizam; colabora com o corpo clínico na preparação de normas de conteúdo dos prontuários, assim como na avaliação da qualidade dos serviços; promove a obtenção dos dados produzidos nos serviços de saúde necessários para a avaliação, planejamento, administração, bem como a avaliação epidemiológica; coordena as atividades de serviços de registros de saúde, subsidiando as outras áreas de trabalho do estabelecimento de saúde. (Brasil/MEC/CFE, 1989)

De acordo com o *Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos (CNTC)*, do Ministério da Educação, o técnico em registros e informações em saúde,

atua na organização do conteúdo e do arquivo de prontuários, na organização das fontes de dados e no registro para os sistemas de informações em saúde, contribuindo para a continuidade do atendimento, o planejamento e a avaliação das ações. Desenvolve procedimentos de guarda, catalogação, pesquisa e manutenção de registros e dados em saúde. (Brasil/MEC, 2009)

A *Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)*⁷ não faz referência ao técnico em registros e informações em saúde, mas possui um código para encarregado de serviço de arquivo médico e estatística. Entretanto, deve-se assinalar que este profissional não contempla todas as atividades desenvolvidas pelo técnico.

Ao analisar os documentos anteriormente citados, verifica-se que tratam a qualificação do trabalhador de registros e informações em saúde como sendo aquela em que o trabalhador está apto para desempenhar funções de forma adequada, segundo normas estabelecidas para

⁷ “O Ministério do Trabalho, através da CBO, relaciona a existência de quarenta ocupações na área da saúde. (...) Trata-se de ocupações que, na sua maioria, contam com algum tipo de delimitação do exercício profissional” (Girardi, Fernandes & Carvalho, 2000: 6).

um determinado posto de trabalho. A qualificação deve ser vista como uma relação social, o que implica considerar as dimensões técnicas, econômicas, políticas, sociais que envolvem o processo de organização do trabalho, como a regulação das profissões. Contempla também aspectos da subjetividade humana como face de um processo social e de suas transformações, por isso a qualificação não pode ser compreendida apenas por atributos, capacidades e saberes individuais. Percebe-se uma dicotomia em relação a esse trabalhador, pois ao mesmo tempo que consta o curso técnico de registro e informações em saúde no CNTC suas atividades em relação à CBO estão vinculadas à área de arquivos, não possuindo um registro próprio. Isso fica nítido também quando analisam-se as definições e políticas relativas ao conceito de prontuário do paciente. Então, por um lado, tem-se uma atividade legitimada e reconhecida socialmente. Por outro, existe uma definição precária de quem pode de fato exercer esse trabalho e a formação adequada.

A maioria das ocupações de saúde de nível técnico médio pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulados apenas aspectos vinculados ao chamado credencialismo educacional, ou seja, apenas os currículos mínimos e as correspondentes formas de habilitação (certificados e diploma) (...). Tais regulamentações são em maior parte 'Pareceres' do Conselho Federal de Educação, órgão já extinto, então vinculado ao Ministério da Educação, e que tinha como função, dentre outras, definir o currículo mínimo profissional e autorizar a abertura dos cursos, estabelecendo cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e conteúdo, certificando/diplomando os educandos que cumprissem as exigências profissionalizantes. Atualmente, esse sistema de acreditação de cursos não existe mais no Brasil; com a extinção do Conselho Federal de Educação propôs-se um novo modelo de formação profissionalizante, ainda em construção. Com a promulgação da Lei de Diretrizes Básicas (Lei n. 9394/96), os currículos estão sendo reestruturados, bem como um novo sistema de regulamentação para o sistema de ensino profissionalizante no Brasil. Os modelos antigos, entretanto, permanecem vigentes, enquanto não se efetivam as normas que irão determinar esse novo sistema. (Girardi, Fernandes & Carvalho, 2012: 8)

Diante do quadro exposto, percebe-se que o profissional de registros e informações em saúde, ao contrário da maioria das formações téc-

nicas, está mais vinculado a instituições públicas que formam para atuação no SUS, no entanto, em escala reduzida. Apesar dessa forte vinculação, as instituições públicas de saúde, sejam municipais, estaduais ou federais, não incorporam esses profissionais de formação técnica da área de informações em saúde nos seus planos de cargos e carreiras (PCCs). A ausência desse cargo nos PCCs não contribui para o reconhecimento do trabalhador de nível médio nesta área de atuação. Nas palavras de Silva (2002: 385), “esses trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, o que os torna clientela cativa das instituições, sem possibilidades de mobilidade de emprego no território nacional nem de negociar a sua inserção ou o seu salário”.

Muitas vezes tal trabalhador não possuía a formação específica, pois, absorvido pelo setor saúde, acabava aprendendo com a prática, e só posteriormente, quando estava atuando, procurava uma maior qualificação.

Considerações Finais

Este trabalho apresenta como resultado reflexões sobre as possibilidades de atuação do profissional de nível médio que atua no SUS com os registros e as informações em saúde, analisando este grupo profissional a partir de três eixos: histórico, identidade profissional e as especificidades da área de informações em saúde.

Ao analisar historicamente a força de trabalho na área de informações em saúde, constata-se que esta categoria profissional não difere das demais categorias, surgindo a partir das demandas do setor saúde, que necessitava de trabalhadores para desempenharem funções específicas em determinados postos de trabalho. Isto gerou, por conseguinte, uma qualificação descolada das dimensões sociais, técnicas, econômicas, políticas, pertinentes ao processo de formação, dificultando que o profissional tivesse compreensão e um ‘olhar’ crítico do seu próprio processo de trabalho.

Observa-se que os trabalhadores que atuam neste setor operam frequentemente com informações essenciais e estratégicas para o bom funcionamento dos serviços. Assim a sistematização das atividades e ações desses trabalhadores torna-se indispensável para garantir a organização, o sucesso e o bom funcionamento do sistema de saúde no Brasil.

Apesar da importância fundamental na área de saúde, o trabalho neste campo caracteriza-se, em muitos casos, por pouca disponibilidade de formação específica e por poucas regulamentações a respeito, o que confere aos que estão atuando nesta área uma fragilidade no que se refere à constituição do seu perfil e identidade profissional.

A formação profissional depende, principalmente, da iniciativa de algumas instituições públicas (na maioria das vezes) de maneira isolada, não constituindo um pré-requisito para desempenhar a função. Em muitos casos a competência profissional se dá na experiência cotidiana dos serviços, qualificando o trabalhador para desempenho da função sem formação profissional correspondente. Investir na formação, inclusive dos profissionais que já estão atuando no mercado, é uma das alternativas viáveis e práticas para alcançar o maior reconhecimento desse profissional e, conseqüentemente, para o fortalecimento da sua identidade. Por isso, tentou-se entender a lógica dos cursos de formação da área e em quais contextos surgiram, compreendendo que as práticas profissionais atuais estão profundamente marcadas por questões históricas que nortearam as concepções em torno do exercício desta profissão em determinados contextos das políticas públicas em nossa sociedade.

Outro aspecto que chamou a atenção e que o estudo revela em relação ao perfil deste trabalhador é a sua invisibilidade, ou seja, o pouco reconhecimento e valorização referente à importância desses trabalhadores para o funcionamento dos serviços na saúde. No entanto, vale lembrar, mais uma vez, que eles desenvolvem, frequentemente, trabalhos essenciais para o funcionamento dos serviços em diferentes níveis de atendimento do sistema de saúde.

Como já mencionado, apesar de constar do CNTC um curso técnico para área, não existe uma ocupação correspondente na CBO para técnicos administrativos em saúde, fato este que revela a ambigüidade da questão: se por um lado há uma formação específica para essa função, por outro esta formação não é um fundamental para a sua atuação.

Este paradoxo se origina de dois fatores principais: primeiro, falta de reconhecimento desse profissional, na medida em que as ofertas para esse tipo de função não exigem, na maioria das vezes, formação específica; segundo, ausência de regulamentação para o campo, até porque se torna uma tarefa complicada regulamentar um grupo profissional que

não é claramente definido. A ausência de regulação do trabalho em termos das políticas pode ser considerada causa e efeito da ausência de valorização profissional do trabalhador da área de informações em saúde.

Devido a essas dificuldades, tanto em relação a sua regulação quanto em relação a sua formação, constatamos que apesar da importância da atuação desses trabalhadores para os serviços de saúde, eles podem não ter o reconhecimento necessário para serem considerados como pertencentes a uma categoria profissional específica do setor saúde, o que contribui ainda mais para a ampliação da sua indefinição profissional.

Portanto, tentou-se perceber, com o olhar de hoje, as relações sociais que, no âmbito da saúde no Brasil, possibilitaram o surgimento do profissional de informações em saúde, bem como as mudanças ocorridas nas exigências de qualificação e a regulamentação. Pretendeu-se com isso evidenciar as práticas do profissional de nível médio, que, no geral, tem como função coletar, processar e fornecer informações relevantes, facilitando as evidências para o setor saúde. Todas as questões aqui levantadas estão relacionadas ao estudo da qualificação profissional, entendido como relação social, e ao campo das macropolíticas e mais especificamente à gestão de políticas para esses profissionais.

Como desdobramento deste projeto, pretende-se realizar uma pesquisa que aprofunde outros aspectos relacionados ao processo de trabalho, como acesso ao exercício profissional, área de atuação, reconhecimento, hierarquia e organização do trabalho como categoria profissional, trabalho em equipe, funções no trabalho, a participação institucional, a percepção sobre o SUS, entre outros.

Referências

- BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2): 267-270, abr.-jun.1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização. *Uso e Disseminação de Informações em Saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS*. Brasília: Abrasco, 1994. (Relatório Final)
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer n. 353, de 14 abr. 1989.

- BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos*, 2009. Disponível em: <www.catalogonct.mec.gov.br>. Acesso em: 8 ago. 2011.
- CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede: a era da informação – economia, sociedade e cultura*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2000. v. 1.
- CHRISTÓFARO, M.A.C. A formação profissional técnica de nível médio na área da saúde no Brasil: desafios e perspectivas. In: PRONKO, M. & CORBO, A. (Orgs.). *A Silhueta do Invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. (Caderno de Debates 2)
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1982.
- GIRARDI, S. N.; FERNANDES, H. JR.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde (on-line)*, p. 1-21, 2000. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasau- de/v2n1/artigos_resumos.htm#2>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- MACHADO, M. H. A formação dos trabalhadores técnicos em saúde e o processo de integração: a perspectiva brasileira. In: PRONKO, M. & CORBO, A. (Orgs.). *A Silhueta do Invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. (Caderno de Debates 2)
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, S. E. & MOYSES, N. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2011. v.1.
- MORAES, I. H. S. de. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- MORAES, I. H. S. *Política, Tecnologia e Informação em Saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Qualidade Editora. 2002, p. 63.
- MUNCK, S. (Coord.). *Textos de Apoio em Registros de Saúde*. In: EPSJV (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. v. 1. (Série Trabalho e Formação em Saúde)
- PEDUZI, M. & SCHRAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2009. (Edição revista e ampliada)

PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2009. (Edição revista e ampliada)

PRONKO, A. M. & CORBO, D. A. (Org.). *A Silhueta do Invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. (Caderno de Debates 2)

RIPSA. Rede Integrada de Informações para a Saúde. *Programa Nacional de Capacitação do Profissional de Informações e Informática em Saúde*. Rio de Janeiro: Comitê Temático Interdisciplinar de Capacitação do Profissional de Informações em Saúde, 1998.

SIGULEM, D. *Um Novo Paradigma de Aprendizado na Prática Médica da Unifesp/EPM*, 1997. Tese de Livre Docência, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

SIGULEM, D. Sistemas de Apoio à Decisão em Medicina (*Extraído da versão eletrônica – CD - do livro “Atualização Terapêutica - Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento”*), 1998. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/sad_html/sistema.htm>.

SILVA, J. A. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área de saúde. *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Editora Unicamp, 2002.

XAVIER, E. A. *A Inserção Profissional dos Trabalhadores de Apoio à Gestão / Administrativos no Sistema Único de Saúde*, 2012. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Bibliografia Complementar

ABRASCO. *I Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde*, 2008-2012.

BRANCO, M. A. F. *Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

COSTA, S. F. & PIRES, A. H. *O Profissional da Informação na Área de Saúde: habilidades e competências*. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. (Eixo Temático: As práticas do profissional da informação no contexto brasileiro: permanências e inovações)

DUBAR, C. *A Crise das Identidades: interpretação de uma mutação*. São Paulo: Edusp, 2009.

DUBAR, C. DEMAZIÈR, D. Trajetória profissional e formas identitárias: uma teorização. In: GUIMARÃES, N. A. & HIRATA, H. (Orgs.). *Desemprego: trajetórias, identidades, mobilizações*. São Paulo: Senac.

EPSJV/FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Formação Profissional para o Sistema de Saúde. In: ALMEIDA, J. L. & MUNCK, S. *Relatório da Pesquisa de Egressos do Curso Técnico em Registros de Saúde*. Rio de Janeiro: Papes, out. 1995. (Mimeo)

JONES, B. & WOOD, S. *Qualificações Tácitas, Divisão do Trabalho e Novas Tecnologias*. Trad. Luiz Carlos Faria da Silva. Paraná: Universidade Estadual de Maringá, s.d. (Mimeo.)

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

MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MORAES, I. H. S. de. *Informação em Saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MORAES, I. H. S. & VASCONCELLOS, M. M. Política nacional de informação, informática e comunicação em saúde: um pacto a ser construído. *Saúde em Debate*, 29(69): 86-98, jan.-abr. 2005.

MORENO, A.; COELI, C. & MUNCK, S. Informação em saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2009.

MOROSINI, M. V. *Trabalho e Qualificação no SUS e a Construção dos Modos de Ser Trabalhador nas Organizações Públicas de Saúde*, 2005. Dissertação de Mestrado Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MUNCK, S. *Inovações na Formação Profissional para a Área de Registros e Informações em Saúde: Desenvolvimento e Avaliação do Ambiente Virtual de Aprendizagem*

gem “Soft-RIS”, 2001. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MUNCK, S. La formación técnica en registros e información en salud en Brasil. In: CASTILLO, A. & MANFREDI, M. (Orgs.). *El Desarrollo de Técnicos en Salud – un desafío para la calidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

MUNCK, S. & DE SETA, M. Formação de recursos humanos como componente estratégico para a área de informações em saúde. In: EPSJV (Org.). *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde – Desafios e Perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

Programa de Capacitação de Pessoal de Nível Médio nas Áreas de Epidemiologia e Informações em Saúde. Convênio com o Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FNS). *Diagnóstico Situacional sobre o Perfil e Inserção Institucional dos Profissionais de Nível Médio das Áreas de Epidemiologia e Informações em Saúde da Rede de Serviços: estudo de caso – município de Angra dos Reis*, maio. 1994. (Relatório de Pesquisa)

TAPIA, J. R. B. *A Trajetória da Política de Informática Brasileira*. Campinas: Papyrus, 1995.

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. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

VIEIRA, M. *Trabalho e Qualificação no SUS e a Construção dos Modos de Ser Trabalhador nas Organizações Públicas de Saúde*, 2005. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

VILLAVICENCIO, D. Por una definición de la calificación de los trabajadores. In: IV Congreso Español de Sociología, 24-26 sep. 1992, Madri. (Mimeo.)

VILLAVICENCIO, D. Los saberes tácitos y la construcción social de las competencias productivas. In: Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, 2000, Buenos Aires. Buenos Aires, abr. 2000. (Mimeo.)

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H. & FILHO, A. A. Técnicos em saúde: constituição de uma identidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 45: 89-105, maio 2010.

Qualificação dos Técnicos em Radiologia: história e questões atuais

Sergio Ricardo de Oliveira
Alexandre Moreno Azevedo
Cristina Maria Toledo Massadar Morel
Isis Pereira Coutinho
André Elias Fidelis Feitosa
José Luis Ferreira Filho

Com o objetivo de compreender o processo de constituição da categoria profissional dos técnicos em radiologia e os desafios atuais enfrentados por esses trabalhadores, realizamos um estudo a partir de duas abordagens: o levantamento histórico e o trabalho de campo.

O estudo histórico foi realizado por meio de revisão bibliográfica sobre a constituição do campo da radiologia no Brasil, tendo por foco a formação inicial dos médicos. Incluiu também a análise da legislação referente à formação e regulamentação profissional do técnico em radiologia.

No decorrer da pesquisa, foi identificado que há pouca sistematização sobre a formação e atuação profissional dos técnicos em radiologia em trabalhos acadêmicos.¹ Assim, com o intuito de nos aproximarmos um pouco dessa realidade, desenvolvemos e aplicamos um questionário² junto a profissionais técnicos e tecnólogos em radiologia, que participaram do Congresso Nacional de Profissionais das Técnicas Radiológicas.³

¹ Não por acaso, esses aspectos também têm sido objeto de interesse do governo federal, que define a radiologia como área estratégica para a saúde, e para isso acredita ser necessário um processo de capacitação de novos profissionais e aperfeiçoamento dos que estão em atividade (Brasil, 2011).

² De acordo com Chizzotti (1995), o questionário é um bom método de pesquisa para buscar respostas a respeito de questões e temas sobre os quais os técnicos em radiologia possam opinar ou informar.

³ Este Congresso é organizado bianualmente pelo Conselho Nacional de Técnicos de Radiologia (Conter), sendo que o que foi objeto desta pesquisa ocorreu em outubro de 2011, na cidade de Florianópolis-SC. O evento contou com a participação de especialistas das Américas do Sul e Norte e realizou concomitantemente o I Intercâmbio Internacional de profissionais dessa área.

O questionário foi organizado em duas partes: na primeira, as questões atentavam para características pessoais, o processo de formação, especialização e os locais de trabalho. Na segunda, foram abordadas questões que retratavam desde as atividades até as relações pessoais e de poder com outras áreas de trabalho. Procedemos à análise desses questionários em articulação com o conceito de qualificação, entendendo esta como um processo e um produto social, que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro lado, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos (Tartuce, 2004). Portanto, a dimensão da qualificação como processo ultrapassa a restrição de análise tratada nos limites de uma educação formal, de certificações, mas também não nega a importância desses elementos. Todavia, é importante entender que são as relações sociais e históricas que definirão o seu reconhecimento. Ainda nesse sentido, o conceito de qualificação nos instiga a lidar com uma complexidade de aspectos por meio do estudo das percepções dos técnicos em radiologia sobre seu trabalho.

Assim, o texto que ora apresentamos é o resultado dessa investigação sobre a qualificação dos técnicos em radiologia. Em um primeiro momento apresentaremos o percurso histórico dessa profissão, incluindo desde as primeiras iniciativas na área da radiologia médica no Brasil até o processo de regulamentação da categoria de técnico em radiologia, tomando também como referência para nossas análises as reestruturações implementadas nas políticas educacionais de formação profissional.

Em seguida, apresentaremos a análise do questionário aplicado, com o objetivo de traçar um perfil preliminar dos trabalhadores pesquisados. Tal perfil inclui, dentre outros aspectos, informações sobre formação profissional, relações de trabalho, percepções dos técnicos sobre suas atividades profissionais e processo de segurança no espaço ocupacional.

O técnico em radiologia é um profissional que se utiliza de equipamentos de média e alta complexidade para oferecer um diagnóstico por imagem sobre possíveis patologias apresentadas pelos usuários dos serviços. Este fazer profissional implica a submissão à exposição de radiações ionizantes em estabelecimentos assistenciais de saúde.

Assim, como qualquer outro profissional da área de saúde, o técnico em radiologia enfrenta os desafios oriundos do mundo do trabalho no que se refere à forma como o mercado regula esta profissão, à maneira como as instâncias educacionais se articulam para preparar esse profissional para as demandas dos postos de trabalho, às condições de trabalho a que está submetido, às relações entre os trabalhadores e à gestão das instituições onde estão inseridos.

A Construção Histórica da Profissão do Técnico em Radiologia no Brasil

Origens da radiologia no Brasil: o saber médico

O trabalho em radiologia inicia-se, no Brasil, no final do século XIX, período marcado pela intensificação do desenvolvimento de diversas áreas científicas, o que resultou em inúmeras inovações tecnológicas que alteraram significativamente o cotidiano da sociedade (Sevcenko, 1998).

Destaca-se nesse período a realização da primeira tese sobre radiologia, que ocorreu em 5 de novembro de 1896, sendo apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por Adolfo Carlos Lindeberg para a obtenção do grau de doutor em medicina (Francisco *et al.*, 2006). No ano seguinte, chega ao país o primeiro equipamento de radiografia, trazido pelo médico José Carlos Ferreira Pires e instalado no município de Formiga, em Minas Gerais. Em 1898, realizou-se o primeiro exame radiológico, onde pôde ser observado um corpo estranho na mão do então ministro Lauro Miller. Este aparelho encontra-se exposto no International Museum of Surgical Science, em Chicago, nos Estados Unidos. Nesse mesmo período, outros dois acontecimentos marcaram a história da radiologia: a realização da primeira radiografia de guerra de um soldado ferido em Canudos, na Bahia, e o primeiro caso no mundo de radiografia de xifópagas realizada pelo médico e pesquisador Álvaro Alvin (Fenelon *et al.*, 2000), que veio a falecer em 1928, em decorrência da exposição excessiva às radiações ionizantes.

A rápida disseminação das práticas e estudos da radiologia não foi acompanhada por um processo de educação formal para os trabalha-

dores da área. Durante a primeira metade do século XX, os cursos de formação eram ofertados de forma pontual, predominando a formação em serviço.

A primeira aula de radiologia, no Brasil, foi ministrada na Bahia, na Faculdade de Medicina, pelo médico João Américo Garcez Fróes, para a turma do curso de medicina. O conteúdo da aula foi publicado em 1904, pela *Gazeta Médica da Bahia*, com o título de “Radiologia clínica”, de sua própria autoria (Francisco *et al.*, 2006).

Em 1913, em São Paulo, o médico Rafael de Barros inicia um curso de radiologia na Santa Casa de Misericórdia. Neste mesmo ano, o médico Roberto Duque Estrada ministrava a primeira aula de radiologia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que deu origem a um curso de radiologia para médicos, em 1916, com aulas práticas e teóricas. Nota-se que, na época, a formação médica ocorria também nas unidades de saúde.

Em 1930, outros dois cursos foram criados, um na Faculdade de Ciências Médicas pelo médico Manuel Dias de Abreu, criador da ‘roentgenfotografia’ e que após o I Congresso Nacional de Tuberculose passou a ser denominada ‘abreugrafia’; outro foi o da Faculdade de Medicina do Instituto Hahnemanniano, atual Hospital Gaffrée Guinle, pelo médico José Guilherme Dias Fernandes, ambos no Rio de Janeiro. Na década seguinte, Nicola Casal Caminha criava um curso de especialização em radiologia médica; concomitantemente, Emílio Amorim cria o estágio na mesma área.

Vale lembrar que nesta época o sistema de saúde não se organizava nos mesmos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele contexto, ainda no primeiro governo Vargas, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Ambos introduziram políticas sociais para a proteção do trabalhador, ou seja, ações de saúde pública e assistência médica através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Dessa forma, determinadas categorias profissionais regulamentadas pelo governo sustentavam com as suas contribuições os hospitais que eram destinados ao tratamento médico desses trabalhadores e seus dependentes. O vínculo formal do trabalhador e a sua contribuição a um IAP eram necessários para que ele tivesse direito aos benefícios.

Assim, podemos verificar que os avanços técnicos na área de radiologia, naquele mesmo período, eram restritos a um determinado seg-

mento de trabalhadores, que, formalmente registrados nas suas respectivas categorias profissionais, obtinham o direito ao atendimento médico nos hospitais financiados pelo fundo dos IAPs. Com isso, os trabalhadores rurais, autônomos, liberais e outros que exerciam funções não reconhecidas pelo Estado não tinham acesso a este serviço (Baptista, 2007).

No Hospital dos Servidores do Estado, nos anos 50, Nicola Casal Caminha e Waldir Maymone implantam o primeiro programa de residência médica em radiologia no país. Em 1960, o primeiro curso de pós-graduação em radiologia foi realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), dirigido por Nicola Casal Caminha. A importância desse curso se deve ao fato de ter sido o primeiro a ser reconhecido pelo então Ministério da Educação e Cultura (MEC).

O avanço das técnicas em radiologia médica diagnóstica e terapêutica, e a crescente expansão de médicos especializados ocasionaram aumento na demanda por auxiliares. No início do século XX, esses profissionais eram contratados com o objetivo de apoiar os médicos na realização de procedimentos radiológicos.

A formação dos técnicos em radiologia

Até meados do século XX, não havia processo algum de educação formal destinado a qualificar profissionais, auxiliares ou técnicos para atuarem na área de radiologia, embora já houvesse uma estrutura educacional que previa a formação profissional.

Com a expansão da categoria profissional do auxiliar médico radiologista, inclusive no serviço público, o governo federal instituiu a lei n. 1.234 de novembro de 1950, que estabeleceu direitos e vantagens aos servidores da União, civis e militares que operavam diretamente com raios X, denominando-os ‘operadores de raios X’ (Brasil, 1950). Essa lei concedeu regime de trabalho de 24 horas semanais; gratificação adicional de 40% do vencimento, a título de periculosidade; e férias de vinte dias consecutivos por semestre.⁴

⁴ Este benefício de férias é concedido até hoje aos servidores públicos. Para o trabalhador que exerce esta atividade na iniciativa privada e que é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), instituída na década de 1940, o período de férias é de trinta dias. A este trabalhador também não são concedidos direitos relativos à aposentadoria e nem compensação devido às condições insalubres de trabalho (Delgado, 2003).

Ainda na década de 1950, foi sancionado o decreto n. 41.904/57 que regulamentou o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF). Esse serviço, que tinha, dentre outras atividades, a função de regular e fiscalizar a atuação dos técnicos em saúde, tornou obrigatório um exame para exercer o trabalho de operadores de raios X, que consistia de uma prova prática das técnicas radiológicas, além de prova escrita e oral (Ferreira Filho, 2010).

Com esta nova regulamentação e a consequente obrigatoriedade do exame para operadores de raios X, alguns cursos preparatórios foram criados por escolas privadas. Para a realização deste exame, a única exigência feita ao candidato era a conclusão do ensino primário (hoje, primeiro segmento do Ensino Fundamental).

Em 1968, foi criado o primeiro curso público para operadores de raios X, no Instituto Estadual de Radiologia e Medicina Nuclear Manoel de Abreu (IERMN),⁵ no Rio de Janeiro, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, fundado e dirigido por Abércio Arantes Pereira. Esse órgão tinha por objetivo oferecer residência médica para a área de radiologia, formação para profissionais ligados diretamente à aquisição de imagens radiológicas (operadores de raios X e auxiliares de câmara escura)⁶ e exames radiológicos para a população. Os operadores e auxiliares ali formados ficavam isentos de prestar o exame para o SNFMF (Ferreira Filho, 2010).

Destaque-se que na década de 1970, grande parte das ocupações da área de saúde foi regulamentada no sistema educacional. Pode-se associar este fato, dentre outros motivos, às transformações ocorridas na legislação educacional naquele período. No que diz respeito à especificidade da formação profissional em radiologia, somente à época, com a legislação subsequente à lei 5.692/71, encontraremos a menção ao profissional de radiologia de nível médio (Brasil/Presidência da República, 1971).

Com a promulgação da lei 5.692/71, houve mudanças na organização do ensino brasileiro, que impactaram diretamente na formação do profissional de nível técnico. Dentre outras determinações, a lei reestruturou o sistema de ensino nos denominados 1º e 2º graus, ampliou a obrigatoriedade escolar de quatro para oito anos na rede pública e

⁵ O instituto foi extinto em 1984.

⁶ Na câmara escura são processadas as imagens radiográficas de forma manual ou automática.

estabeleceu a oferta, de forma compulsória, do chamado ensino profissionalizante de 2º grau (Brasil/Presidência da República, 1971).

Coube ao, então, Conselho Federal de Educação (CFE), hoje Conselho Nacional de Educação do MEC, regulamentar as habilitações profissionais para o 2º grau, por meio do parecer 45/72 (Brasil/CFE, 1972a) e da resolução 2/72 (Brasil/CFE, 1972b).⁷ Esses documentos definiram os currículos mínimos profissionais, sendo que, anexo à resolução, apresentava-se uma listagem dos grupos de habilitações existentes.

Conforme esta listagem, no que diz respeito especificamente ao profissional da área da radiologia, encontramos referência a esta categoria no grupo denominado ‘Laboratórios médicos’, na condição de auxiliar. Esse grupo era subdividido em “técnico – laboratórios médicos’ e ‘outras habilitações: auxiliar de laboratório de análises clínicas, auxiliar técnico de radiologia e auxiliar técnico de banco de sangue’ (catálogo anexo à resolução 2/72). As matérias destinadas a esse grupo eram: saúde pública, bioquímica, biotécnica, técnicas gerais, técnicas médicas e organização. Seria interessante investigar que critérios foram utilizados, à época, para aproximar as atuações de profissionais da área de radiologia com as de laboratório de análises clínicas e de banco de sangue.

A mesma resolução 2/72, em seu artigo 3º, estabeleceu que o catálogo deveria ser aberto, possibilitando a criação de novas habilitações. Assim, o parecer n. 1.263/73 do CFE/MEC (Brasil/CFE, 1973) instituiu as habilitações de técnico em radiologia médica (radiodiagnóstico e radioterapia) e estabeleceu a transferência do auxiliar técnico de radiologia da área de ‘Laboratórios médicos’ para esta nova área.

As disciplinas para um currículo mínimo relativo às duas habilitações eram: psicologia e ética, administração, proteção e higiene das radiações, acrescidas de radiologia, radioterapia para cada formação correspondente. Constata-se, em comparação às matérias do catálogo de habilitações, maior adequação do currículo às especificidades da área de radiologia. Quanto à

⁷A partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (lei 9.394/96) e da legislação subsequente, como o decreto 2.208/1997, o ‘currículo mínimo’ é substituído por diretrizes da educação profissional, assim como a definição dos conteúdos de ensino passam a ser atribuição de cada escola (Pronko *et al.*, 2011).

carga horária para a formação profissionalizante do técnico no setor de serviços, ela se amplia, passando de 300 para 900 horas.⁸

Mas qual seria a expectativa em relação à atividade desse profissional, denominado agora de ‘técnico’? As relações trabalho e educação se revelam neste documento, com a explicitação do lugar do técnico na escala hierarquizada das profissões: “Há mercado de trabalho para estes técnicos. Atualmente, na maioria dos casos, essas tarefas são executadas por leigos ou pelos próprios médicos, subutilizando, neste caso, um profissional de alto nível de formação superior” (Brasil/CFE, 1973: 2).

Há que se destacar que, se por um lado, a legislação educacional aqui analisada faz referência à habilitação de ‘técnico em radiologia’, até a regulamentação da profissão, em 1985, os termos utilizados para a identificação dos profissionais que atuavam na área eram ainda de ‘operador de raios X’ e ‘auxiliar de câmara escura’.⁹

No que se refere às relações entre formação educacional e exercício da profissão, a lei 7.394/85, que regulamenta a atuação do técnico em radiologia, estabelece a necessidade de “ser portador de certificado de conclusão de primeiro e segundo grau ou equivalente e possuir formação profissional por intermédio de Escola Técnica de Radiologia, com o mínimo de três anos de duração” (Brasil/Presidência da República, 1985, artigo 2º). Esse artigo foi alterado pela lei 10.508, de 10 de julho 2002, que passou a estipular como exigência para a atuação profissional: “ser portador de certificado de conclusão de Ensino Médio e possuir formação profissional mínima de nível técnico em radiologia” (Brasil, 2002, artigo 3º).

Essa obrigatoriedade de conclusão do Ensino Médio para os que queiram ingressar no curso técnico de radiologia contradiz o que estipula a lei n. 11.741/2008 (Brasil, 2008), incorporada à LDB, que, em seu artigo 36-C, parágrafo II, alíneas b e c, garante a possibilidade de concomitância entre os cursos médio e técnico.

⁸ A distribuição da carga horária variava em função do setor econômico de atuação. Para a formação dos técnicos que atuavam nos setores primário e secundário era prevista carga horária total de 2.900 horas, sendo que 1.200 horas deveriam ser destinadas ao ensino profissionalizante. Para a formação dos profissionais técnicos do setor terciário, a carga horária total era de 2.200 horas, com 900 horas destinadas ao ensino profissionalizante.

⁹ O auxiliar de câmara escura era o profissional que realizava suas atividades no interior da câmara escura para a revelação dos filmes radiográficos.

Art. 36-B. A educação profissional técnica de nível médio será desenvolvida nas seguintes formas:
I articulada com o Ensino Médio;

II subsequente, em cursos destinados a quem já tenha concluído o Ensino Médio.

Parágrafo único. A educação profissional técnica de nível médio deverá observar:

I os objetivos e definições contidos nas diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação;

II as normas complementares dos respectivos sistemas de ensino;

III as exigências de cada instituição de ensino, nos termos de seu projeto pedagógico.

Art. 36-C. A educação profissional técnica de nível médio articulada, prevista no inciso I do caput do art. 36-B desta lei, será desenvolvida de forma:

I integrada, oferecida somente a quem já tenha concluído o Ensino Fundamental, sendo o curso planejado de modo a conduzir o aluno à habilitação profissional técnica de nível médio, na mesma instituição de ensino, efetuando-se matrícula única para cada aluno;

II concomitante, oferecida a quem ingresse no Ensino Médio ou já o esteja cursando, efetuando-se matrículas distintas para cada curso, e podendo ocorrer:

a) na mesma instituição de ensino, aproveitando-se as oportunidades educacionais disponíveis;

b) em instituições de ensino distintas, aproveitando-se as oportunidades educacionais disponíveis;

c) em instituições de ensino distintas, mediante convênios de intercomplementaridade, visando ao planejamento e ao desenvolvimento de projeto pedagógico unificado.

Atualmente a formação dos técnicos em radiologia é oferecida, majoritariamente, nas escolas privadas e sempre na forma subsequente. São raros os cursos em instituições públicas. Como exemplo, no estado

do Rio de Janeiro, esta formação só é encontrada na rede de escolas privadas¹⁰ e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), que oferece desde 2012 um curso público de formação técnica na área por meio do Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação Jovens e Adultos (Proeja).¹¹ É importante salientar que a criação desse curso esbarrou na resistência do Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia (Conter), que apenas admite a formação do técnico em radiologia subsequente ao Ensino Médio, amparando seus argumentos na lei que regulamenta a profissão (lei 7.394/1985). Porém, este mesmo Conselho desconsidera que nestes 26 anos de regulamentação da profissão, toda a legislação educacional brasileira foi modificada; e no que se refere à educação profissional há a possibilidade da integração entre Ensino Médio e Técnico.

Regulamentação profissional: desafios e perspectivas

Girardi, Fernandes Júnior e Carvalho (2000: 7) constata que, nas profissões de saúde, o movimento de regulamentação profissional se segue à regulamentação educacional:

Se a década de 70 foi marcada pela intensa regulamentação das ocupações de nível médio no âmbito educacional (seja por iniciativa das burocracias sanitária e educacional; seja pelas profissões dominantes correlatas; seja pelos próprios grupos de nível médio), os anos 80 e 90 foram marcados por demandas típicas de reconhecimento ‘profissional’ por parte destes grupos.

Segundo o Conter, ocorreu em 1951, na cidade de São Paulo, a fundação da primeira entidade representativa da categoria, a Associação dos Técnicos em Radiologia, liderada por Lineu Solano Lopes. Em 1952, é criada a Associação dos Técnicos em Radiologia do Estado de São Paulo (Atresp), dirigida por Walter Fonseca Braga, e entre 1953 e 1960 várias

¹⁰ Estudo realizado sobre perfil dos cursos de formação de técnico em radiologia constata que algumas dessas escolas apresentam precariedades no processo de formação técnica, como carga horária inferior ao exigido por lei, ausência de equipamentos adequados para aulas práticas, acervo escasso, dentre outras (Ferreira Filho, 2010).

¹¹ Mais recentemente, além da iniciativa da EPSJV, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, da rede pública, no Acre, formou a primeira turma de técnicos em radiologia em maio de 2010.

entidades representativas são fundadas nos demais estados brasileiros, que, por fim, contribuem para o surgimento da Federação das Associações de Técnicos em Radiologia dos Estados do Brasil (Fatreb).

Em 13 de maio de 1975, a Câmara dos Deputados dá andamento ao projeto de lei n. 317/1975, de autoria do deputado federal Gomes do Amaral, para a regulamentação da profissão de Técnico em Radiologia (Brasil/Senado Federal, 1975). O projeto é, então, encaminhado às comissões de Constituição e Justiça; de Saúde; e de Trabalho e Legislação Social.

O projeto apresentava, como principal justificativa para a regulamentação da profissão, a necessidade de garantia de práticas seguras e adequadas. Estipulava a exigência de habilitação profissionalizante de Ensino Médio (exceto para os que já exerciam a profissão), além do registro profissional em órgão do Ministério da Saúde (projeto de lei 317/1975, artigo 3º). Na justificativa, definiam-se as atribuições deste profissional com a finalidade de “eliminar os perigos gerados pelo despreparado e extravasamentos de competência” (Brasil/Senado Federal, 1975). Ressaltava também que a regulamentação “faz expurgar do seio da classe aventureiros e despreparados” (Brasil/Senado Federal, 1975).

O projeto tramitou pelo Congresso Nacional por onze anos até a sua promulgação. Durante o processo desta pesquisa não foi possível entender quais os motivos da demora. Porém, encontramos sucessivos requerimentos do partido da situação à época, Aliança Renovadora Nacional (Arena), com pedidos repetidos de adiamentos das seções nas quais o projeto seria posto em votação. Em agosto de 1975, outro projeto, de igual teor, de autoria do deputado Rubem Medina, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB/RJ), foi apresentado ao plenário da Câmara dos Deputados e anexado ao projeto de lei n. 317/1975, atrasando também a votação.

Embora as fontes consultadas não forneçam indicações seguras sobre os motivos que contribuíram para o prolongado período de tramitação do projeto, chama a atenção o fato de que se consolidou, à época, o Complexo Médico Industrial (Cordeiro, 1980). Por certo, a regulamentação da profissão, estabelecendo direitos aos trabalhadores, exigiria uma adequação do referido Complexo, no que se refere à carga horária

de trabalho, férias e salário,¹² a exemplo do que já ocorria nos hospitais federais. Portanto, não é exagerado supor que a referida regulamentação não convergia com os interesses do patronato da área privada da saúde.

Embora o projeto tenha sido aprovado na Câmara dos Deputados e encaminhado para o Senado Federal em 25 de abril 1978, a expectativa do deputado Joaquim Bevilacqua não se concretizou, e o projeto ficou dormitando por sete anos no Senado.

O Conter descreve, em seu *site*, um fato ocorrido em 1984 e que pode ter contribuído para a conclusão do processo da tramitação no Senado: “Roseana Sarney precisa fazer uma radiografia no Serviço Médico do Senado e o técnico Oity Moreira Rangel pede agilidade no encaminhamento do projeto”. Roseana Sarney era, à época, secretária extraordinária do estado do Maranhão em Brasília. O projeto não demorou a tramitar no Senado, recebendo sua aprovação final em 29 de outubro de 1985, quando o pai da secretária já era presidente da República do Brasil. Não podemos afirmar que a rapidez da tramitação do projeto no Senado tenha ocorrido em função desse fato; também não foi possível encontrar maiores detalhes que possam negar categoricamente essa informação do *site* do Conter.

Após alterações do texto original, finalmente a lei n. 7.394 é promulgada em 29 de outubro de 1985 (Brasil/Presidência da República, 1985). Porém, somente a partir do decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986, a referida lei foi regulamentada, alterando a denominação de ‘operador de raios X’ para ‘técnico em radiologia’.

Na década de 1980, a profissão se consolida e, não por acaso, é neste mesmo período que a importação de equipamentos de saúde cresce.¹³ Dois anos após a regulamentação da profissão, é criado o Conter, primeiro conselho de classe formado por trabalhadores de nível médio, que a partir do final da década de 1990 passa a representar também os tecnólogos em radiologia.¹⁴

As políticas públicas de expansão do Ensino Superior e o interesse do empresariado no setor educacional para ampliar a oferta de cursos

¹² Neste período, os profissionais que operavam com raios X na iniciativa privada não tinham os mesmos direitos dos trabalhadores públicos federais, cujas atividades eram reguladas pela lei 1.234/1950.

¹³ Os equipamentos de raios X e filmes radiográficos representaram 40 milhões de dólares em importação no ano de 1982. Foram importados também 178 equipamentos radiológicos da empresa francesa Compagnie Générale de Radiologie e Sopha (CGR) (Azevedo, 2010).

¹⁴ Segundo o Conter, existem hoje 78.000 profissionais registrados no Conselho. Desses, 70.000 são técnicos, 6.000 tecnólogos e 2.000 auxiliares.

superiores estimularam a criação de cursos de curta duração na área da saúde (dentre eles o de tecnólogo em radiologia) a partir da segunda metade da década de 1990, conforme nos mostram Campello e colaboradores (2009).

Com o argumento de que a base tecnológica na atividade radiológica se expandira, o empresariado educacional buscou justificar a formação do tecnólogo em radiologia, pois esses profissionais estariam, supostamente, mais qualificados para realizarem exames radiológicos considerados sofisticados e de maior complexidade. Entretanto, os técnicos em radiologia, assim como os tecnólogos, necessitam de cursos de especialização para lidarem com essas novas tecnologias. Isso acabou criando uma área de conflito entre as duas profissões (técnico e tecnólogo em radiologia), pois ambas passaram a dividir o mesmo espaço de trabalho, exercendo as mesmas atividades (Conter, 2009) e consequentemente recebendo salários semelhantes. Todavia, em função das limitações do alcance desta pesquisa, neste trabalho não nos deteremos na análise mais complexa dessa relação conflituosa.

Em 2008 foi apresentado, no Senado Federal, um projeto de lei (Brasil/Senado Federal, 2008) de autoria do senador Paulo Paim (PT-RS), com a proposta de reformulação da lei 7.394/85, sugerindo, dentre outros pontos, a criação de uma nova categoria profissional em radiologia, com nível superior diferenciada do tecnólogo – o bacharel em radiologia – e a inclusão da obrigatoriedade da presença de técnicos em radiologia para atuarem na segurança de portos e aeroportos, uma vez que tal trabalho lida com radiação ionizante. Atualmente este projeto encontra-se na Câmara Federal para análise das comissões e posterior encaminhamento ao Senado Federal após correções e aprovação.

Uma questão não prevista no PLS 26/2008 refere-se ao salário mínimo profissional, até então garantido pela lei 7.394/85:

Art. 16 - O salário mínimo dos profissionais, que executam as técnicas definidas no art. 1º desta lei, será equivalente a 2 (dois) salários mínimos profissionais da região, incidindo sobre esses vencimentos 40% (quarenta por cento) de risco de vida e insalubridade.

Mesmo assim, podemos observar que esta é uma questão em disputa. Uma prova disso é a ação de Arguição de Descumprimento de

Preceito Fundamental (ADPF),¹⁵ ajuizada pela Confederação Nacional da Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSHES) no Supremo Tribunal Federal (ADPF 151/2011).

Sob o argumento de que a expressão “salários mínimos profissionais da região” equivale à figura do salário mínimo que, nos termos do inciso IV do artigo 7º da Constituição Federal de 1988, tem sua vinculação vedada para qualquer fim, o Supremo Tribunal Federal (STF), por maioria, deferiu o pedido de medida cautelar, com a seguinte redação:

O art. 16 da lei 7.394/85 deve ser declarado ilegítimo, por não recepção, mas os critérios estabelecidos pela referida lei devem continuar sendo aplicados, até que sobrevenha norma que fixe nova base de cálculo, seja lei federal, editada pelo Congresso Nacional, sejam convenções ou acordos coletivos de trabalho, ou, ainda, lei estadual, editada conforme delegação prevista na Lei Complementar 103/2000.

Essa divisão levou a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FEHERJ) a encaminhar aos estabelecimentos por ela representados uma circular informando que o salário para técnicos em radiologia deveria seguir o parecer do STF, baseado na lei estadual 5.950/11¹⁶ que estipulou o salário para esta categoria em R\$ 860,14 mais o adicional de 40%, o que na prática levou a uma redução salarial dos trabalhadores dessa área (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2011).

¹⁵ Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) é o instrumento jurídico utilizado para evitar ou reparar descumprimento de orientação resultante de ato do poder público (União, estados, distrito federal e municípios), inclusive atos anteriores à promulgação da Constituição.

¹⁶ Na lei do estado do Rio de Janeiro n. 5.950, de 13 de abril de 2011, diz: “Art. 1º No Estado do Rio de Janeiro, o piso salarial dos empregados, integrantes das categorias profissionais abaixo enunciadas, que não tenham definido em Lei Federal, convenção ou acordo coletivo de trabalho, será de: (...) VII – R\$ 860,14 – Para trabalhadores de serviço de contabilidade de nível técnico; técnicos em enfermagem; trabalhadores de nível técnico devidamente registrados nos conselhos de suas áreas; técnicos de transações imobiliárias; técnicos em secretariado; técnicos em farmácia; técnicos em radiologia; técnicos em laboratório; e técnicos em higiene dental (...) (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2011).

Questões Atuais do Profissional Técnico em Radiologia: análise do questionário

Neste item faremos referência a alguns dados obtidos a partir do questionário aplicado aos técnicos em radiologia, participantes do Congresso Nacional de Profissionais das Técnicas Radiológicas, realizado em 2011.

Buscamos, por meio da análise do questionário aplicado, captar a percepção dos técnicos em radiologia sobre sua atuação na área de saúde, suas motivações para ingressarem na profissão e as relações profissionais estabelecidas no ambiente de trabalho. Por ser um evento nacional, esta foi considerada uma oportunidade relevante para adquirir informações. A ideia era captar algo do questionário que trouxesse características regionais sobre a trajetória educacional e de trabalho dos pesquisados.

Contudo, compreendemos que a aplicação do questionário tem seus limites: os participantes da pesquisa interpretam e respondem às questões sem nenhum tipo de auxílio do pesquisador. Além disso, temos consciência de que este instrumento não garante a total apreensão da realidade, já que as respostas estão permeadas por uma série de questões subjetivas que fogem ao nosso controle.

O número total de questionários distribuídos foi de 150, para diferentes participantes do evento. Aproximadamente a terça parte retornou com as respostas, sendo aproveitados 46 questionários para essa análise preliminar.

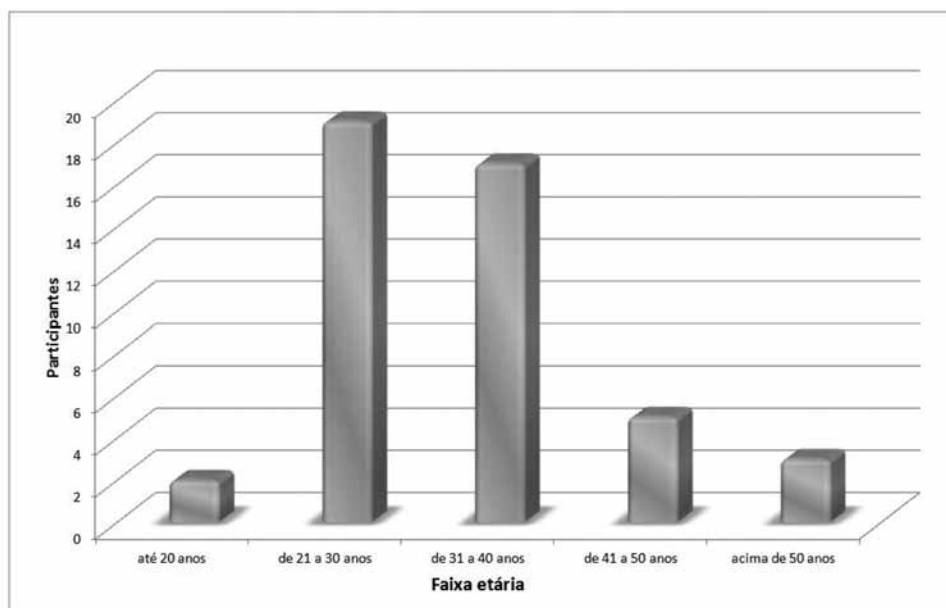
Perfil dos participantes da pesquisa

Dentre os participantes da pesquisa, não houve discrepância em relação ao gênero, sendo que 50% de homens e 50% de mulheres responderam ao questionário.

A participação da região Sul foi maior, com 46% de profissionais, uma vez que esta região foi sede do evento. A seguir, contamos com participantes das regiões Sudeste (39%), Nordeste (11%) e Norte (4%). Não tivemos nenhum profissional da região Centro-Oeste participando da pesquisa.

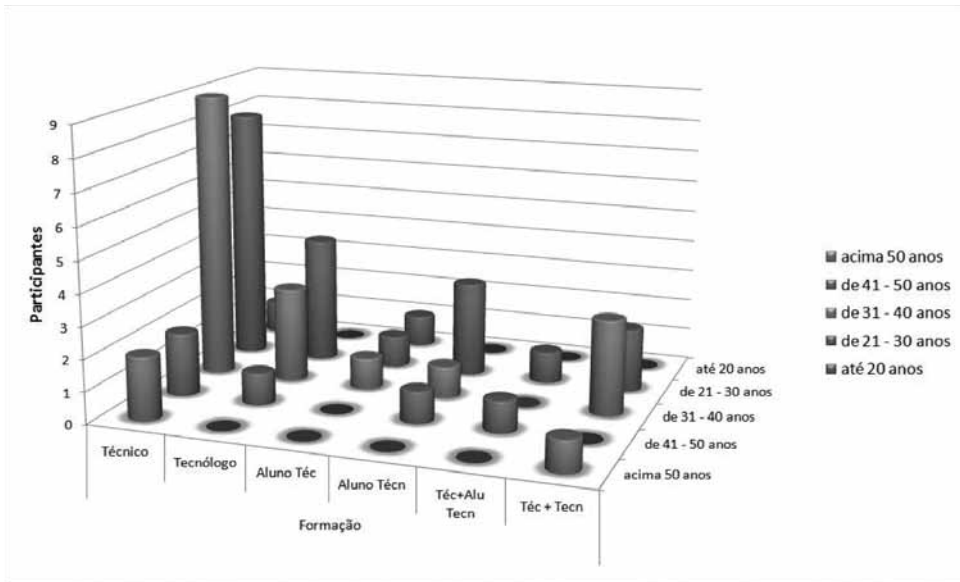
Pouco mais de 78% dos entrevistados se encontram na faixa entre 20 e 40 anos. Para além dessa faixa etária, tivemos registro de profissionais com cerca de 20 anos de carreira que responderam ao questionário. No Gráfico 1, podemos ver a distribuição dos profissionais por faixa etária.

Gráfico 1 – Total de entrevistados distribuídos por faixa etária



No Gráfico 2, podemos observar como os participantes distribuídos na mesma faixa etária foram classificados em relação ao seu processo de formação. Podemos notar que a participação maior é de profissionais com formação técnica (65%), ao passo que a participação dos tecnólogos foi de aproximadamente 22%. Os demais participantes da pesquisa eram estudantes de uma das duas áreas.

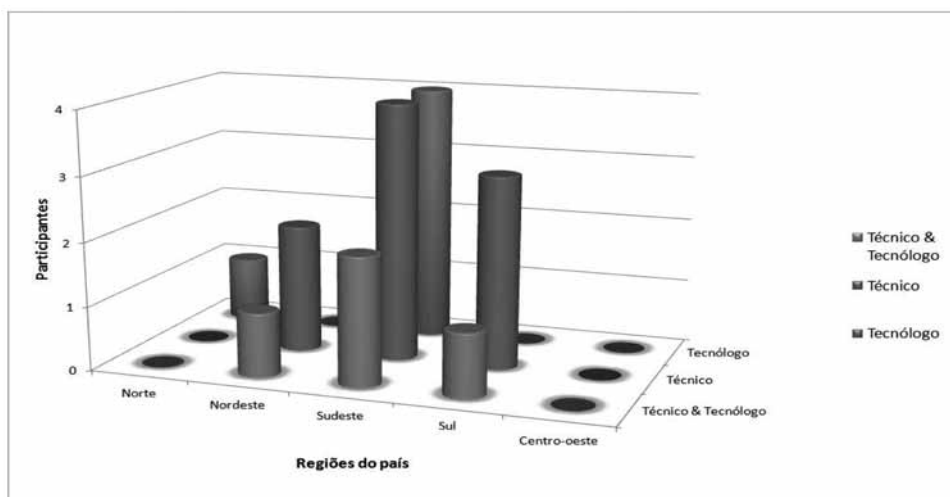
Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e formação



Os pesquisados apresentavam diversos arranjos profissionais e/ou estavam cursando algumas das áreas de radiologia, ou mesmo possuíam uma das formações. Desse modo, buscamos organizá-los a fim de obter uma melhor compreensão sobre o perfil destes participantes tal como expresso no gráfico: técnico em radiologia, tecnólogo em radiologia, aluno do curso técnico em radiologia, aluno do curso de tecnólogo em radiologia, técnico que está cursando o tecnólogo em radiologia e o que possui as duas formações concluídas.

Constatamos também que a participação de profissionais na faixa de 30 a 40 anos, com pouco tempo de formação e alguma especialização na área, é maior do que entre os profissionais mais jovens. No Gráfico 3, podemos perceber esta distribuição.

Gráfico 3 – Entrevistados com especialização por faixa etária e tempo de formação



Sobre as instituições de formação, entre os entrevistados, percebemos que essas são majoritariamente da rede privada, conforme podemos observar no Gráfico 4, o que corrobora com a análise de Campello e colaboradores (2009: 180), quando afirmam que há uma “tendência explosiva” de crescimento das vagas em cursos de formação profissional na área da saúde oferecidas pelo setor privado.

Entretanto, no Gráfico 5, quando comparamos os técnicos já formados com aqueles em formação, percebemos que há um processo de expansão da oferta desses cursos pelas instituições públicas. Nossa hipótese é de que programas como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego do MEC (Pronatec) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde do Ministério da Saúde (Profaps) estão contribuindo para esta expansão.

Gráfico 4 – Profissionais com as duas formações, distribuídos por tipo de instituição de ensino

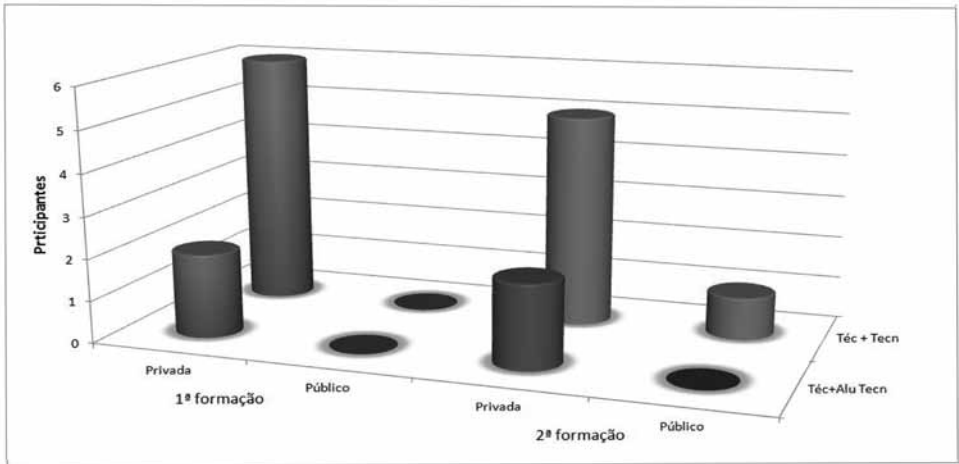
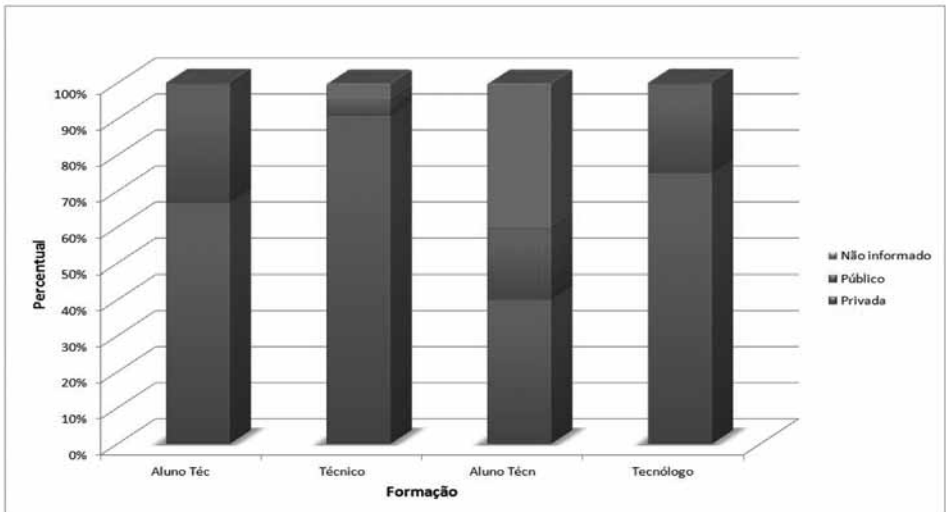


Gráfico 5 – Percentual de entrevistados por tipos de instituição de ensino de ensino



Em relação aos postos de trabalho, 74% dos entrevistados declaram estar empregados nos serviços privados de saúde. Dentre eles, 26% afirmaram ter dois ou mais vínculos empregatícios. Embora esse dado não pareça tão significativo para afirmarmos que esta é uma prática comum, sabemos, pela convivência profissional com vários trabalhadores dessa categoria profissional, que, em virtude da carga horária semanal de 24 horas, muitos optam pelo segundo emprego como forma de ampliar suas rendas. Identificamos também que há uma tendência entre os profissionais tecnólogos em radiologia para assumir vínculo com a atividade docente.

Visão dos técnicos em radiologia sobre sua atividade profissional

Na parte do questionário que trata da avaliação da atividade profissional, 94% dos entrevistados se consideram profissionais de saúde, por atuarem em um ambiente hospitalar, fazendo parte de uma equipe de saúde, lidando com pacientes e produzindo um diagnóstico por imagem das enfermidades que possibilitará uma definição para futuros tratamentos.

Em contrapartida, ainda que valorizando sua atividade profissional, 58,5% dos pesquisados dizem que a formação técnica não é suficiente para o exercício da atividade. Mesmo os que afirmaram que a formação é suficiente sinalizam para deficiências na formação. Os argumentos variam desde a formação com uma carga horária pequena em contraposição à formação tecnológica e ao constante avanço tecnológico gerado até a necessidade de permanente atualização nos estudos na área radiológica.

Embora façam essas observações, consideram que a função que exercem é compatível com a sua formação. Alguns afirmam que estão habilitados a trabalhar em várias áreas da radiologia, porém o seu fazer profissional está limitado a uma determinada área. As especializações técnicas para realização de exames de diagnóstico de alta complexidade foram destacadas como sendo de grande contribuição para a atividade profissional. Estes cursos de aperfeiçoamento são encarados como algo que amplia as possibilidades profissionais dentro do campo, em especial para os técnicos em radiologia que supostamente não possuem uma formação ampla como a do tecnólogo em radiologia.

Relações profissionais

A relação dos profissionais entrevistados com outros técnicos da mesma área, médicos, gestores da instituição e a equipe de enfermagem, em geral, é considerada positiva. Apesar disso, alguns profissionais ressentem-se da atitude dos que não lhes dão abertura para o diálogo, muitas vezes por desconhecerem os processos de trabalho e a importância deles para a dinâmica do serviço.

A autopercepção sobre o reconhecimento social da profissão

Sobre a percepção da importância que a instituição onde trabalha atribui à profissão, 75% dizem que ela existe. Dentre os que justificaram suas respostas, destacamos os que relatam que há reconhecimento por parte das instituições privadas. Para os outros 25%, que consideram que a instituição não reconhece a importância da sua profissão, essa pouca importância é relacionada aos baixos salários oferecidos e à pouca valorização do conhecimento do trabalhador. Um pesquisado desabafa: a profissão “ainda é vista como um simples apertar de botão”.

No que tange ao reconhecimento por parte da sociedade, os entrevistados se dividem nas respostas. Os que julgaram que a sociedade não considera a profissão importante justificam que há falta de conhecimento por parte da população em relação às atribuições dos técnicos, reafirmando o protagonismo do profissional médico no tratamento e diagnóstico das doenças em detrimento da atuação do técnico em radiologia.

Embora essas questões se façam pertinentes, todos reconhecem a importância da profissão que exercem, destacando sua relevância para o serviço de saúde. Interessante notar que um pouco mais da metade dos entrevistados afirma possuir outra formação. Sobre as motivações para optar por uma profissão na área de radiologia, as respostas são múltiplas e se inter-relacionam. Alguns se inseriram em função de oportunidades que surgiram e só posteriormente se identificaram com a profissão. Outros chegaram até a radiologia através de relações familiares, ou seja, pessoas da família que trabalhavam na radiologia ou em áreas afins e influenciaram na escolha da profissão. Muitos chegaram à radiologia com a seguinte promessa: “Ganhar muito e trabalhar pouco”. A possibilidade

de associar saúde com tecnologias e educação também foi um fator positivo para o ingresso dos pesquisados na área.

Um ponto bastante mencionado é a identificação dos pesquisados com a área da saúde, entendendo que ela é um meio de ajudar às pessoas. Associada a esta questão, a identificação com a área se realiza a partir de experiências pessoais ou com familiares cujo trabalho é também na área da saúde, o que julgam ter influenciado na decisão de se dedicarem ao campo da radiologia.

Condições de trabalho

No bloco das perguntas sobre segurança no trabalho, verificamos algumas demandas dos serviços de radiologia. A maioria denunciou que os aparelhos são antigos e não passam por uma manutenção periódica, tampouco há uma aferição regular dos mesmos.

Sobre a estrutura dos serviços, os pesquisados informam que as condições de trabalho são precárias. Mencionam falhas na construção dos espaços onde se realizam os exames de radiologia, falta de planejamento para a montagem do serviço de radioproteção e problemas com os materiais e o ambiente de trabalho.

Com relação à monitoração ocupacional¹⁷ dos locais de trabalho, muitos relatam que não há um controle e fiscalização constantes e/ou eficientes. A leitura dos monitores pessoais de radiação (dosímetros) não é socializada com os trabalhadores, por isso, supõem que há falhas “gritantes” nos resultados oferecidos por esses equipamentos.

Sobre as condições dos equipamentos de proteção radiológica individual, os pesquisados responderam que não há em quantidade suficiente para todos os trabalhadores e que o uso é incipiente pela pouca oferta. Os recursos disponíveis são o dosímetro, a blindagem das paredes e de portas.

Em relação ao treinamento periódico anual,¹⁸ os entrevistados revelam que nunca participaram ou simplesmente afirmam que suas ins-

¹⁷ Medição de grandezas e parâmetros para fins de controle ou de avaliação da exposição à radiação sobre um indivíduo, incluindo a interpretação dos resultados.

¹⁸ De acordo com a portaria n. 453/98 (Brasil, 1998), que regulamenta sobre a proteção radiológica em estabelecimentos de saúde que trabalham com radiologia médica e odontológica fica estabelecido no capítulo 3, seção b, item iii, a obrigatoriedade de um programa de treinamento e atualização periódica para todos os profissionais do serviço.

tuições nunca fornecem esse tipo de treinamento. Portanto, fica sob a responsabilidade do trabalhador se atualizar, utilizando para isto a literatura; as redes sociais e *blogs*; cursos de extensão e de especialização.

Conclusão

A realização do estudo histórico e a análise do questionário nos permitiram avançar na compreensão da qualificação dos técnicos em radiologia, incluindo as tensões que a constituem. Os documentos analisados neste trabalho possibilitaram a identificação da conformação de um arcabouço legal no que se refere à formação e regulamentação profissional do técnico em radiologia, a partir de diferentes instâncias: MTE, MEC e Conter. Intensificado na década de 1970 com a regulamentação educacional, este arcabouço legal será aprimorado na década de 1980 com a regulamentação profissional.

Podemos concluir que no período anterior à década de 1980, embora houvesse uma regulamentação, por parte do MEC, das habilitações profissionais, incluindo aí os técnicos em radiologia, havia a predominância da formação em serviço e a certificação das experiências profissionais dos que atuavam na área técnica em radiologia, o que confirma a tendência inicial na área da saúde da formação prática em detrimento de uma formação escolar. A exigência da habilitação profissional formalizada só se consolidará com a regulamentação profissional.

No campo de forças da qualificação de trabalhadores técnicos em radiologia foi possível identificar conflitos entre a regulamentação educacional e a profissional, tensões entre grupos profissionais ligados à área da radiologia e a predominância do setor privado na formação e geração de emprego para esses profissionais.

Pelo estudo documental e a análise dos questionários fica evidenciado que a formação dos técnicos em radiologia tem sido historicamente assumida pelo ensino privado, que atualmente amplia as possibilidades de cursos de especialização e vagas de ensino superior tecnológico para os trabalhadores, sob a justificativa de ofertarem uma qualificação mais abrangente e de melhor qualidade. Alguns programas governamentais para a formação técnica poderiam resgatar o espaço público de formação,¹⁹

¹⁹ Nesse sentido, seria interessante investigar de que maneira iniciativas como a do Profaps podem

tornando mais democrático o acesso aos cursos, bastando para isso ampliar os programas de formação técnica em saúde. Porém, ainda podemos perceber que a formação técnica possui um longo caminho para se firmar como um lugar de produção e acúmulo de conhecimento, dentro das atribuições que são conferidas aos profissionais que as praticam.

Relacionada a tudo isto, há ainda a questão do reconhecimento social atribuído a esse profissional de nível técnico. A partir da análise dos questionários, pudemos constatar que o sentimento de recompensa, por compreenderem que o exercício profissional contribui com a saúde dos usuários dos serviços, faz com que os trabalhadores valorizem a sua atividade, mesmo que por parte da instituição ou da população este reconhecimento não se expresse de forma satisfatória. Ao nos debruçarmos sobre o processo de qualificação dos técnicos em radiologia, identificamos que há muito ainda a avançar para a construção de uma política de gestão do trabalho e educação que valorize não apenas as atividades técnicas, mas que produza ações que fomentem a capacidade crítica do profissional de saúde.

Referências

AZEVEDO, M. A. *40 anos de História da Gestão da Manutenção de Equipamentos Biomédicos nos Hospitais Públicos do Rio de Janeiro*, 2010. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. & MOURA, A. L. (Orgs.). *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

BRASIL. Portaria/MS/SVS n. 453, de 1 jun. 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/portarias/453_98.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Lei 11.741, de 16 jul. 2008. Altera dispositivos da lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da edu-

contribuir para esse resgate.

cação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. Brasília, 2008.

BRASIL. *LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. 6. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2011. Disponível em <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2762/lbd_6ed.pdf?sequence=7>. Acesso em: 8 ago. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer n. 45, de 12 jan. 1972a. Disponível em:<www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/doconline/get.php?id=1633>. Acesso em 13 set. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 2, de 27 jan. 1972b. Disponível em: <www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/doconline/get.php?id=1656>. Acesso em: 14 set. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer n. 1.263, de 6 ago. 1973. Disponível em:<www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/doconline/get.php?id=1648>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 1.234, de 14 nov. 1950. Confere direitos e vantagens a servidores que operam com raios X e substâncias radiativas. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1234.htm>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 41.904, de 29 jul. 1957. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 7 ago. 1957. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-41904-29-julho-1957-380811-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 jul. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 5.692, de 11 ago. 1971. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm>. Acesso em: 25 mar. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 7.394, de 29 out. 1985. Regula a profissão de técnico em radiologia, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7394.htm>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.508, de 10 jul. 2002. Altera o inciso I do artigo 2º da Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10508.htm>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de lei 317, de 12 de maio de 1975. Dispõe sobre o exercício da profissão de operador de raio x e da outras providências. Disponível em: <www.bvseps.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2199>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Projeto de Lei do Senado n. 26, de 2008. Altera a lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985, e o decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986, que regulam o exercício da profissão de técnico em radiologia e dá outras providências. Disponível em <www6.senado.gov.br/mate/servlet/PDFMateServlet?m=83973&s=http://www.senado.gov.br/atividade/materia/MateFO.xml&o=ASC&o2=A&a=0>. Acesso em: 8 ago. 2012.

CAMPELLO, A. M. *et al.* O ensino como negócio: a expansão da oferta de formação de tecnólogos em saúde no Brasil. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 7(supl. 1): 175-190, 2009.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CONTER. Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia. Histórico. Disponível em: <www.conter.gov.br/?pagina=historico>. Acesso em: 14 jul. 2012.

CONTER. Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia. Resolução n. 6, de 28 de maio de 2009. Institui e normatiza as atribuições dos profissionais técnico e técnicos em radiologia, com habilitação em radiodiagnóstico, no setor de diagnóstico por imagem, revoga a Resolução Conter n. 2, de 10 de maio de 2005. Disponível em: <www.conter.gov.br/uploads/legislativo/n_062009.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012

CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980. V. 11. (Biblioteca de Saúde e Medicina)

DELGADO, J. U. Radiações ionizantes e legislação para trabalhadores. In: TAUHATA, L. *et al.* (Orgs.). *Radioproteção e Dosimetria: fundamentos*. 5. ed. Rio de Janeiro: IRD, CNEM, 2003. Disponível em: <www.ird.gov.br/divulga/divulga1.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.

FENELON, S. *et al.* Os pioneiros da radiologia no Brasil. In: 21º CONGRESSO INTERNACIONAL DE RADIOLOGIA - *Painel*. Buenos Aires, set. 2000. Disponível em: <www.imaginologia.com.br/extra/upload%20historia/Os-Pioneiros-da-Radiologia-Brasileira.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2012.

FERREIRA FILHO, J. L. A formação do profissional de radiologia em nível técnico na região metropolitana do Rio de Janeiro: um estudo exploratório, 2010. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

FRANCISCO, F. C. *et al.* História da radiologia no Brasil. *Revista Imagem*, 28(1): 63-66, 2006. Disponível em: <www.imaginologia.com.br/download/upload%20historia/A-Hist%C3%B3ria-da-Radiologia-Brasileira.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

GIRARDI, S.; FERNANDES JÚNIOR, H. & CARVALHO, C. L. *A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil*, 2000. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>. Acesso em: 20 jun. 2011.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei n. 5.950, de 13 de abril de 2011. Institui pisos salariais, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro para as categorias profissionais que menciona e estabelece outras providências. Disponível em:<<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/0/50cc1b8544395cf2832578700079f67b?OpenDocument>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

PRONKO, M. *et al.* *A Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

SEVCENKO, N. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. In: SEVCENKO, N. (Org.). *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v.3.

TARTUCE, G. L. B. P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, 25(87): 353-382, maio-ago. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21461.pdf>. Acesso em: 15 jul. de 2013.

O Processo de Constituição Histórica e Social dos Técnicos em Histologia e seus Reflexos na Qualificação deste Grupo

**Leandro Medrado
Daniel Santos Souza**

Este texto analisa o processo de constituição histórica e social dos técnicos em histologia e os reflexos desse processo na qualificação profissional desse grupo de trabalhadores e na composição do quadro atual em que se encontra esta área.

A histologia é um ramo da ciência que estuda os tecidos de organismos – animais e vegetais –, sendo que, para realizar o estudo microscópico, os tecidos devem passar por uma série de procedimentos denominados técnicas histológicas ou histotecnologia.

Os técnicos em histologia ou histotécnicos são os profissionais responsáveis pela realização dessas técnicas, e atuam nos serviços de saúde e/ou nas instituições de pesquisa científica, desempenhando uma importante função no apoio ao diagnóstico e ao tratamento de doenças. Esses profissionais atuam em laboratórios de anatomia patológica, que também podem ser denominados laboratórios de histopatologia ou anatomopatologia, e a base da sua atuação está nos conhecimentos da histologia animal, da sua relação com os processos patológicos, e nas técnicas de evidenciação das alterações morfológicas decorrentes desses processos.

Os histotécnicos são profissionais essenciais à prestação de serviços de saúde à população. Esses profissionais atuam nos laboratórios de pesquisa biomédica e nos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento de doenças, e apesar da sua importância nesses processos de trabalho em saúde e pesquisa este grupo profissional não tem recebido a devida atenção por parte das políticas públicas, tanto no que diz respeito à educação e à regulamentação de sua profissão quanto no que diz respeito ao seu reconhecimento social e à sua inserção nos serviços de saúde.

Existe uma grande lacuna no registro histórico da histotecnologia no Brasil. Pelo fato de ter sido continuamente uma classe de trabalhadores relegada ao trabalho simples e precarizado, não se encontram registros sobre a constituição histórica desse campo de trabalho na área da saúde.

Aspectos Históricos

A histologia na constituição do paradigma médico

A utilização dos estudos histológicos na identificação de patologias e de seus respectivos tratamentos é decorrente da ruptura que marca o início da medicina moderna, na forma como a doença é abordada pelos médicos.

Em grande parte do século XVIII, a regra classificatória dominou a teoria e a prática médica, de tal modo que as doenças eram usualmente classificadas de forma ‘botânica’. Como ressalta Foucault (2008: 2): “Antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies”. Neste contexto epistemológico, o fato patológico é visto abstraindo-se o paciente. O pensamento médico de então indica a necessidade de isolar o paciente e suas peculiaridades para que se tenha uma visão mais acurada das minúcias da doença.

O saber teórico relacionado à prática médica foi o principal fator de condução às sucessivas modificações na forma como os médicos viam as doenças e como as relacionavam ao corpo doente. A prática clínica, contudo, foi o viés prático que permitiu, com seu constante olhar sobre o doente, fazer desaparecer especulações teóricas, garantindo a renovação desta mesma teoria médica.

A doença era encarada pela tradição médica como um conjunto de sintomas e signos – sintomas que constituíam a forma pela qual a doença se tornava visível aos olhos do observador; e signos que anunciavam o que ocorreria com o doente, que sintomas adviriam. É com base na leitura desses signos e sintomas, e no desenvolvimento de um olhar médico que os percebesse, que se formou o método clínico. A clínica ganha

então seu sentido pleno: inclinar-se sobre o enfermo para auscultar, tocar, percutir, cheirar, palpar, pressionar, observar, olhar, mas, sobretudo, traduzir esses signos. Segundo Foucault (2008: 135)

a experiência clínica se reaproxima do paciente e se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo essa massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas, pouco a pouco entrará em regressão, para se dissipar, diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica.

O desenvolvimento da anatomia patológica foi essencial para a ressignificação da prática médica orientando reformas nos métodos de análise, no exame clínico e também na organização das escolas e hospitais.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), em *De Sedibus et Causis Morborum*, de 1761, já havia trazido para suas análises a proximidade do corpo doente. A partir da análise de aproximadamente 700 casos, ele perscrutou geograficamente o corpo, determinando relações entre as doenças e os órgãos, entre a anatomia e a clínica, organizando os primórdios da anatomia patológica.

Marie François Xavier Bichat (1771-1802) vem retomar o trabalho de Morgagni, mas sem entrar em conflito com a experiência clínica já adquirida. Ele vem aprofundar as análises anatômicas de Morgagni deslocando seu objeto – a doença – dos órgãos para os tecidos, utilizando como princípio básico o isomorfismo dos tecidos.

É a presença de tecidos de mesma ‘textura’ no organismo que permite ler, de doença em doença, semelhanças e parentescos, todo um sistema de comunicações que está inscrito na configuração profunda do corpo. Graças à introdução do conceito de tecido, Bichat é considerado o fundador da histologia.

Foucault (2008: 145) afirma que

Bichat viu em sua descoberta um acontecimento simétrico à descoberta de Lavoisier: ‘A química possui corpos simples que formam corpos compostos pelas diversas combinações de que

são suscetíveis...’. Da mesma forma, a anatomia tem tecidos que..., por combinações, formam os órgãos.

É ao identificar essas semelhantes ‘texturas’ e suas funções, e como se inter-relacionam para compor os órgãos, que nasce a histologia como base da que conhecemos hoje.

Embora tão importante, a anatomoclínica de Bichat ainda deixou algumas lacunas na análise da relação da doença e suas implicações com sua detecção nos tecidos. Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902), considerado o pai da anatomia patológica, veio completar essas lacunas. A partir do aforismo “*Ominis cellula et cellula*” ele concluiu que toda célula deriva de outra célula. Segundo Virchow, o estágio inicial das doenças dava-se por uma alteração, em nível molecular ou celular, afetando outras células no interior do tecido, e se refletia posteriormente na estrutura morfológica e fisiológica do corpo. Na sua prática, correlacionava sempre os aspectos clínicos, fisiológicos e anatomopatológicos, conseguindo, através desse método, descrever uma grande variedade de doenças.

Completa-se assim, com esta teoria celular de Virchow, a transformação profunda que possibilita a moderna anatomoclínica, da qual o estudo dos tecidos e células, e sua relação com os processos patológicos são os centros paradigmáticos. Daí a importância da histo e da anatomopatologia nas quais atuam os técnicos em histologia, que representam o eixo prático fundamental desse novo paradigma médico.

Desde a invenção dos microscópios mais rudimentares, o homem busca formas de melhorar a visualização dos espécimes a fim de identificar esse isomorfismo dos tecidos revelado por Bichat. Para obter uma visualização mais exata dos espécimes observados, uma série de etapas se faz necessária tanto para a sua preparação quanto para a sua coloração e visualização. A maioria dos acontecimentos que se sucederam na evolução das técnicas histológicas tinha como meta obter melhorias nessas etapas. Porém, com o desenvolvimento dos conhecimentos e das aplicações técnico-científicas aplicadas ao diagnóstico, a histotecnologia tem se desenvolvido e oferecido novos desafios a esses trabalhadores.

História da histotecnologia no Brasil

Embora a histotecnologia seja uma área de análise central para a medicina a partir do século XVIII, sua prática requer a presença de médicos anatomopatologistas para a realização das análises diagnósticas, e por isso ficou por longos períodos, em todo o mundo, circunscrita às instituições de ensino superior, como as universidades de medicina. Também por esse motivo são os médicos anatomopatologistas os principais empregadores dos histotécnicos, sendo normalmente os donos de laboratórios privados que prestam serviços ao SUS e os profissionais de nível superior que mais influência exercem sobre todas as definições concernentes a esse grupo técnico.

A busca por registros históricos dos primórdios da histotecnologia no Brasil indica a existência de preparadores¹ ligados às cadeiras de anatomia patológica e embriologia em várias universidades médicas e veterinárias. Encontramos registros que mencionam a prática desses preparadores em escolas de medicina no Nordeste e Sudoeste do país, no período de 1899 a 1918. Esses registros são decretos do Poder Legislativo com aspecto burocrático, que tratam da contratação e do pagamento de preparadores dessas instituições, mas não permitem maiores reflexões.

Somente a partir de 1975 começamos a encontrar registros significativos para compreender a constituição histórica da área da histotecnologia no país. Em março de 1975, durante a realização do II Curso Internacional de Histotecnologia no Brasil (patrocinado pela Divisão Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, e com a colaboração do Armed Forces Institute of Pathology dos Estados Unidos da América), foi fundada a Sociedade Brasileira de Histotecnologia, uma sociedade civil sem finalidade lucrativa, congregadora e representativa dos técnicos que atuam em histotecnologia em território nacional.

A Sociedade Brasileira de Histotecnologia tem como objetivos principais manter o alto nível de execução das atividades em histotecnologia, estimulando o aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores, e promover o intercâmbio de ideias entre os histotécnicos e com outras

¹ Profissionais que realizavam o trabalho característico dos histotécnicos nas primeiras instituições de nível superior, preparando material histológico para serem utilizados em aulas e pesquisas dos médicos e pesquisadores.

sociedades de representação profissional ligadas ao trabalho em saúde. A Sociedade tem sido também a maior protagonista na busca por uma regulamentação profissional na área.

No âmbito normativo para os trabalhadores histotécnicos, destaca-se o parecer n. 2.934, do Conselho Federal de Educação (CFE), publicado em outubro de 1975, que aprovou as habilitações técnicas de nível médio em patologia clínica e histologia, determinando os conteúdos mínimos necessários à obtenção do título de técnico, bem como apresentando as descrições da ocupação e os requisitos para os cursos de educação profissional (Brasil/MEC, 1989). Segundo o parecer, a habilitação profissional de técnico em histologia é relativamente nova, tendo sido criada pelo avanço vertiginoso dos procedimentos e métodos empregados nos processos de trabalho nos quais a análise histológica é aplicada (Brasil/MEC, 1989).

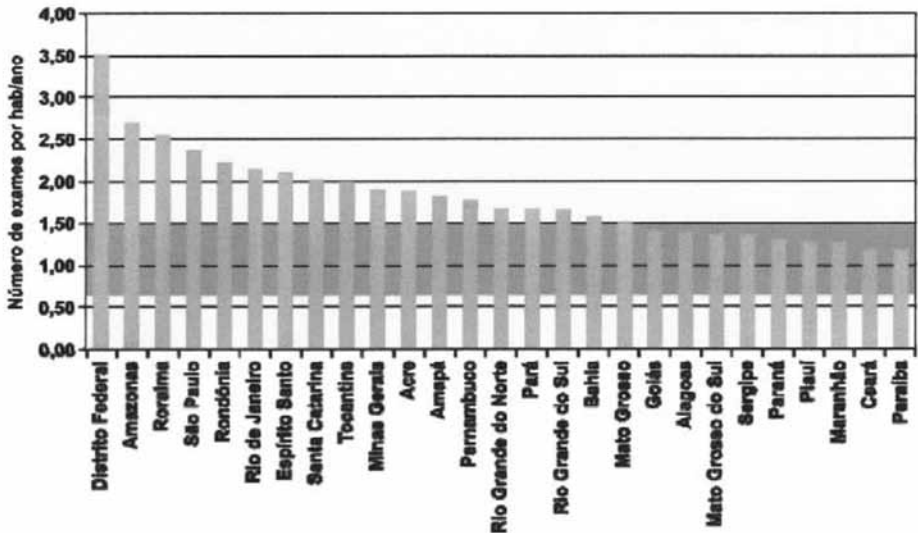
Outros marcos importantes para a história dos histotécnicos foram as tentativas de regulamentação profissional realizadas em 1990 e 1991, mas que não deram frutos consistentes.

Em 9 de outubro de 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou, através da portaria n. 397, a *Classificação Brasileira de Ocupações* que estabelece parâmetros sobre o trabalho técnico em histologia, constituindo uma referência importante para a área.

Em 2009, o *Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde*, publicado pelo Ministério da Saúde apresenta importantes indicadores, que demonstram a necessidade de investimento e expansão da oferta de serviços de anatomia patológica à população brasileira. Graças, entre outros fatores, à inexistência de uma política de educação profissional e de regulação profissional efetivas para estes trabalhadores histotécnicos, a carência de profissionais para atuarem na área da histotecnologia ainda é enorme. Isto fica mais claro ao analisar os dados do *Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde* (Brasil/MS, 2009), que revelam que, no caso da área da patologia clínica – que teve uma grande expansão na oferta de formação profissional –, a produção de exames está dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, estando, inclusive, acima destes parâmetros em 17 estados do Brasil (Gráfico 1). Utilizaremos esses dados referentes aos técnicos em análises clínicas, pois

apesar de representarem um grupo diferenciado dos histotécnicos, tanto no seu processo de constituição histórica quanto na prática profissional, ambos atuam em serviços de apoio ao diagnóstico e ao tratamento de doenças, e compartilham muitas vezes o mesmo espaço físico dentro das instituições em que se encontram.

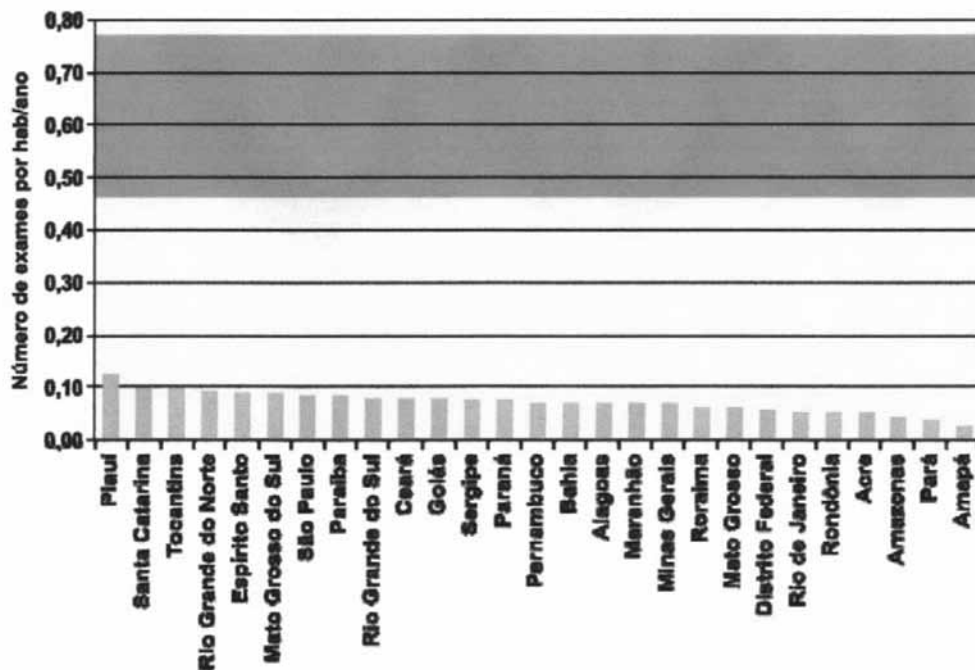
Gráfico 1 – Produção de exames de patologia clínica no SUS, mediante os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde



Fonte: Brasil/MS, 2009.

Podemos perceber que a oferta de serviços de patologia clínica, no âmbito do SUS, atende e supera as expectativas do Ministério da Saúde na maioria dos estados brasileiros. Já ao observar o Gráfico 2 a seguir, fica claro que o volume de exames de anatomopatologia (englobando as áreas profissionais de histologia e citopatologia) está, em todas as unidades da federação, muito abaixo dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, representando uma área de grande deficiência na atenção média do SUS.

Gráfico 2 – Produção de exames de anatomia patológica e citopatologia no SUS, mediante os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde



Fonte: Brasil/MS, 2009.

A grande expansão dos laboratórios de patologia clínica e dos cursos técnicos nesta área nos anos 80 e 90 coincide com a expansão do mercado de equipamentos para laboratórios de patologia clínica no Brasil e oferece a possibilidade de compreender esses dados, que explicitam a discrepância de serviços oferecidos à população nessas áreas. Esses dados ressaltam, sobretudo, a importância de se fortalecer a educação profissional na área técnica em histologia, para que esse investimento seja revertido em melhor oferta desses serviços à população.

Em 2011, o Ministério da Saúde, através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), lança a publicação *Técnico em Citopatologia: diretrizes e orientações para a formação*

(Brasil/MS/SGTES/DGES, 2011); dentro dessas diretrizes estão também descritas funções e atividades específicas dos histotécnicos. Essas Diretrizes são recentes e ainda suscitam inúmeras discussões, as quais trataremos mais adiante, que são de fundamental importância para o futuro dos técnicos em histologia, bem como para o dos técnicos em citologia.

O Trabalho Técnico em Histologia

Na sociedade em geral e nos próprios serviços de saúde, o trabalho dos técnicos em histologia é pouco conhecido, assim como o de outros técnicos que atuam nos serviços de anatomia patológica, o que gera confusões, como é o caso, por exemplo, dos técnicos em citologia.

Embora técnicos de citologia e de histologia possam muitas vezes dividir as mesmas instalações laboratoriais, suas práticas profissionais têm peculiaridades distintas importantes, tanto em relação às análises realizadas quanto à própria natureza do trabalho executado. A mais marcante diferença é que o histotécnico realiza apenas o preparo das amostras para que elas sejam analisadas pelo médico patologista, ao passo que o citotécnico, além de preparar as amostras para a análise (utilizando técnicas específicas), vai também ser o responsável por realizar o escrutínio das amostras, isto é, por determinar um laudo técnico que orientará o médico na conclusão do diagnóstico.

Esta distinção se deve às características que marcaram a prática desses profissionais desde o seu surgimento até o processo de constituição desses grupos. Os citotécnicos surgiram no Brasil nos anos 60 com o objetivo específico de auxiliar os médicos patologistas na triagem das lâminas de rastreamento do câncer de colo de útero, e por isso têm essa triagem como uma característica importantíssima na sua caracterização. Os histotécnicos, em contrapartida, não realizam o escrutínio das lâminas, mas lidam com uma gama de técnicas muito ampla e que tem se complexificado cada vez mais com o passar dos anos e o avanço técnico-científico na área da saúde.

Essa falta de clareza, existente para a sociedade em geral e entre os próprios trabalhadores da saúde, sobre os limites de atuação de cada um desses profissionais pode comprometer a tomada de decisões a respeito da educação e da regulamentação profissional, e pode gerar problemas

importantes. Passaremos, então, a descrever o processo de trabalho do técnico em histologia com vistas a contribuir para a compreensão do seu trabalho e de suas necessidades formativas.

Local de atuação

Conforme já afirmamos inicialmente, os técnicos em histologia atuam nos serviços de saúde, dentro do âmbito dos laboratórios de anatomia patológica ou histopatologia. É importante frisar que os profissionais que atuam nos laboratórios de anatomia patológica são comumente os técnicos em histologia, os técnicos em citologia e os técnicos em necropsia (ou em tanatologia), de acordo com as especificidades e variedade de serviços oferecidos pelo laboratório. Contudo, estes profissionais executam técnicas e análises diferenciadas e que guardam suas especificidades, não devendo ser confundidos pelo simples fato de coexistirem no mesmo espaço laboratorial. Esses profissionais técnicos convivem principalmente com biólogos, farmacêuticos e médicos, que são os profissionais de nível superior mais representativos nos laboratórios de anatomia patológica.

Os histotécnicos também atuam em laboratórios de pesquisa biomédica, mas como essas instalações podem ser muito variáveis de acordo com a especificidade das pesquisas realizadas, limitaremos-nos a descrever a estrutura dos laboratórios de anatomia patológica que comumente encontramos nos serviços de saúde.

O laboratório de anatomia patológica é comumente constituído pelos seguintes setores (Brasil/MS, 1987):

Recepção das amostras: local onde são recebidas e identificadas as amostras que passarão pelo processamento histológico. Ali se realiza também uma triagem, para examinar as condições de acondicionamento dessas amostras, de forma que não comprometam os resultados.

- a) Macroscopia: setor no qual as amostras que chegam são descritas e clivadas pelo médico patologista.
- b) Processamento técnico: é a principal estrutura laboratorial, na qual as amostras são preparadas para a análise microscópica. É ali que se realizam as técnicas histológicas tradicionais, que serão descritas mais adiante.

- c) Imunohistoquímica: local onde são realizadas as técnicas imunohistoquímicas. Essas técnicas são bastante específicas na sua determinação diagnóstica, utilizando anticorpos marcados para detectar antígenos específicos no interior dos tecidos, e embora já façam parte do cotidiano dos laboratórios de histotecnologia em outros países, ainda estão começando a ser implementadas de forma mais ampla nos serviços de saúde do Brasil. Como os histotécnicos geralmente encontram dificuldades para se apropriar dessas técnicas por limitações referentes à sua formação profissional, esses serviços são realizados, com algumas poucas exceções, por biólogos.
- d) Microscopia: é nesse setor que o médico anatomopatologista realiza a leitura das lâminas histológicas, determinando os diagnósticos para as amostras analisadas.
- e) Arquivos: local onde as amostras e lâminas analisadas permanecem arquivadas por algum tempo (que vai variar de acordo com a instituição), o que permite que os casos sejam revisitados, se necessário.
- f) Secretaria: nesse setor realiza-se a digitação dos resultados dos exames e a expedição dos diagnósticos.

Em alguns laboratórios de anatomia patológica podem existir também setores de citopatologia e necrópsia, no qual atuam os técnicos em citopatologia e os técnicos em necropsia, respectivamente, realizando as atividades referentes às suas práticas profissionais específicas.

O setor saúde tem refletido em seus processos de trabalho a nova materialidade dos modelos produtivos e tem sido bastante modificado com a automação e a evolução das tecnologias aplicadas às áreas técnicas. Pires (2008) afirma que a introdução de novas tecnologias no trabalho em saúde trouxe benefícios não só aos trabalhadores da saúde, mas também aos usuários dos serviços. O uso de equipamentos de tecnologia de ponta tem facilitado o trabalho provocando menos desgaste da força de trabalho, e com o uso dessas tecnologias alguns procedimentos ficaram menos invasivos, propiciando recuperação mais rápida e com menos complicações aos usuários. Além disso, o diagnóstico das pato-

logias passou a ser realizado de forma muito mais rápida e com maior precisão, graças ao uso dessas novas tecnologias.

No trabalho técnico em histologia, as principais modificações produtivas se deram no âmbito dos conhecimentos científicos relacionados à área (tecnologias leve-duras)² e das inovações tecnológicas estruturadas em equipamentos (tecnologias duras).

O trabalho técnico realizado nos modernos laboratórios de histopatologia pode parecer à primeira vista uma linha de produção, com uma rotina fragmentada e mecanizada na qual o técnico se insere de forma coadjuvante, mas, na verdade, tem etapas que demandam do profissional habilidades quase artesanais. Dentro dos laboratórios de histopatologia o velho e o novo aparecem constantemente como elementos fortemente integrados. As novas tecnologias aplicadas à rotina laboratorial em histologia estão presentes nos equipamentos computadorizados e cada vez mais automatizados, como os processadores e coradores automáticos; porém, convivem com técnicas tradicionais muito antigas, como a utilização de cera de abelha e parafina na inclusão dos tecidos fixados em formalina introduzida em meados do século de XIX.

Toda a mecanização dos processos técnicos, decorrente dos contínuos avanços tecnológicos, não foi suficiente para desconsiderar a necessidade do fator humano, fortemente representado nessa área, principalmente na realização das técnicas histológicas tradicionais, que compreendem as seguintes etapas, nas quais os aspectos semiartesanais a que nos referimos estão sempre presentes:

- Durante a fase de macroscopia, os espécimes são avaliados e clivados, ou seja, cortados em fragmentos menores que permitam a boa execução dos procedimentos histológicos e que facilitem a visualização desejada pelo médico. Esses fragmentos são colocados em cassetes plásticos que possuem furos pequenos, permitindo a troca de substâncias entre o meio interno e externo, e que são identificados.
- Os cassetes contendo os tecidos são retirados então da substância fixadora (que vai manter as características morfológicas do tecido, impedindo a autólise) e são submetidos ao processamento

² Segundo a classificação de Mehry (2002).

histológico, que consiste em uma série de banhos em substâncias desidratantes (álcool), clarificantes (xilol) e impregnantes (parafina).

- Após a impregnação do tecido pela parafina, ocorre então a inclusão, processo no qual será formado um bloco de parafina com o tecido a ser analisado, o que dará consistência suficiente ao tecido para ser adequadamente cortado.
- Esse bloco de parafina vai então para a microtomia, fase em que, com o uso de um aparelho especial, o micrótomo, a amostra será cortada em fatias muito finas, que favoreçam a visualização ao microscópio, e disposta em lâminas de vidro apropriadas à microscopia.
- Após a microtomia as lâminas contendo o tecido serão coradas, de forma a serem evidenciadas as estruturas morfológicas da amostra. De acordo com a necessidade específica de cada diagnóstico, poderão ser realizadas colorações específicas, que somente denotam determinadas estruturas na composição tecidual, ou uma coloração geral (hematoxilina-eosina), que permita uma visualização adequada das principais estruturas presentes no tecido.
- Após a coloração é realizada a montagem da lâmina, processo no qual será colocada uma lamínula sobre o tecido para protegê-lo.
- A partir daí o material já está pronto para seguir para a análise do médico na microscopia.

O trabalho em histotecnologia é considerado uma ação de atenção de média complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O que caracteriza as ações de média complexidade são procedimentos e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (decreto-lei n. 4.726 de 2003).

Este aspecto tem ficado cada dia mais evidente, mediante o avanço técnico na área. Além dos novos equipamentos, o avanço do conhecimento científico tornou os métodos empregados pelos histologistas cada vez mais sofisticados, incorporando uma grande variedade de especialidades, como a imuno-histoquímica, a microscopia eletrônica e a patologia molecular, por exemplo. Essas novas possibilidades técnicas passam a permitir a realização do diagnóstico com uma sensibilidade

superior à técnica histológica tradicional, com a possibilidade de determinação de diversos fatores referentes a uma variedade cada vez maior de doenças, em tempo mais curto e com maior especificidade. Por serem muito caras e especializadas, demandando mão de obra qualificada, essas novas tecnologias ainda não são muito utilizadas nos serviços de saúde, ficando restritas a instituições de grande porte e a laboratórios de pesquisa científica. A histotecnologia tradicional, porém, continua tendo seu lugar de destaque, mesmo nos lugares que já utilizam as novas tecnologias, por representar a base do diagnóstico histopatológico, servindo de substrato para orientar a aplicação dos materiais e insumos referentes às novas tecnologias.

Este processo de trabalho é muito rico, por agregar, como já sinalizamos, características semiartesanais e tecnologias muito atuais, e oferece um amplo espectro de aplicação e de crescimento para o profissional que busca uma aperfeiçoamento constante. Um problema importante, contudo, é a exposição frequente dos histotécnicos a situações de risco devido ao trabalho sem equipamentos de segurança adequados e com a exposição a muitas substâncias tóxicas e carcinogênicas. Já existem substitutivos para essas substâncias disponíveis à venda, mas a desinformação, a dificuldade de obtenção e o alto preço desses substitutivos os tornam apenas uma utopia para os histotécnicos do Brasil. Além disso, é importante estabelecer um processo contínuo de sensibilização e capacitação em biossegurança para os profissionais dessa área.

Atualidades do trabalho em histotecnologia

Medrado (2010) realizou um estudo em que foram entrevistados 25 profissionais da área da histotecnologia que realizavam atividades técnicas, de variados níveis de formação, de variados vínculos institucionais e de diferentes instituições, cujo foco variava bastante da atuação em pesquisa para a atuação nos serviços de saúde. No estudo foram colhidos dados interessantes sobre a prática profissional desse grupo, dos quais selecionamos alguns que nos auxiliam a caracterizar os trabalhadores histotécnicos.

Quanto à faixa etária, percebemos que os trabalhadores que iniciaram há menos tempo sua atuação na área têm entre 20 e 30 anos e che-

gam hoje aos laboratórios com expectativas de crescimento profissional bem maior do que os profissionais que já estão há mais tempo nos serviços. A maioria dos trabalhadores está na faixa de 31 a 45 anos e buscou aperfeiçoar sua formação apenas depois de já inseridos no mercado de trabalho em histotecnologia.

Os profissionais apresentam a maior taxa de especialização, com grande índice de trabalhadores graduados em profissões de nível superior da área biomédica (biologia e farmácia, majoritariamente).

Encontramos também trabalhadores com idade aproximada de 60 anos, que já estão prestes a se aposentar ou já se aposentaram e retornaram ao serviço para complementar sua renda. Esses trabalhadores geralmente não demonstram interesse pelas novas tecnologias da área, restringindo o seu trabalho apenas à repetição das técnicas tradicionais. São normalmente os trabalhadores que apresentam o menor índice de escolarização, tendo apenas o Ensino Fundamental ou Médio concluídos, e que invariavelmente foram treinados em serviço.

As principais qualidades apontadas pelos histotécnicos que já estão inseridos nas rotinas, e que são importantes para um profissional que deseje entrar no mercado de trabalho em histotecnologia, são:

- Inicialmente e principalmente uma forte fundamentação teórica, que permita ao profissional conhecer os princípios de todas as etapas do trabalho em histotecnologia, e que lhe instrumentalize para a apropriação das novas tecnologias.
- Criatividade para se adaptar às condições precárias que normalmente são oferecidas para os técnicos trabalharem.
- Curiosidade, que o impulsionará a buscar o autodesenvolvimento e uma maior compreensão tanto dos fundamentos das técnicas quanto das novas tecnologias inseridas constantemente na área da histotecnologia.

Entre os entrevistados, percebeu-se uma variação salarial importante em função dos vínculos empregatícios destes com as suas respectivas instituições empregadoras, e também de acordo com a natureza jurídica dessas instituições.

Há uma diferença bem marcante entre as instituições privadas e públicas. As instituições privadas têm como princípio a obtenção de lucro através da extração de mais-valia do trabalhador e por isso buscam ao máximo apropriá-lo de seus direitos e explorar ao máximo sua mão de obra. As instituições públicas por sua vez, têm a princípio o objetivo de prestar serviços à população sem visar à obtenção direta de lucro, o que permite ao trabalhador, de certa forma, ter um salário mais digno. Podemos perceber um processo de flexibilização e precarização dos vínculos empregatícios, o que propicia uma relação empregatícia instável e com salários cada vez mais reduzidos.

Os salários médios variam numa escala que vai do menor salário – de bolsistas e estagiários – a intermediários – de terceirizados, trabalhadores da iniciativa privada e *freelancers* que atuam em contratos de curta duração e bem específicos – tendo por fim os salários mais altos – referentes aos servidores de instituições públicas.

Os salários mais baixos têm um teto de um mil reais (R\$1.000,00), não passando disso para os primeiros vínculos empregatícios. A faixa de salário que abarca a maioria dos trabalhadores vai de um mil e um reais a dois mil reais (R\$1.001,00 a R\$2.000,00). Temos ainda salários que, partindo de dois mil e um reais podem chegar a valores acima de três mil reais (R\$2.001,00 a >R\$3.000,00), referentes normalmente aos servidores públicos que contam com uma série de gratificações e direitos historicamente conquistados.

Graças às baixas remunerações da área, muitos desses trabalhadores técnicos têm outras fontes de renda ou atuam como histotécnicos em várias instituições diferentes, cumprindo múltiplos turnos que podem chegar a doze horas de trabalho por dia.

Grande parte dos trabalhadores não consegue participar de eventos científicos, devido à escassez de eventos relativos ao trabalho em histotecnologia, e também por limitações impostas pelo empregador, que não consegue perceber que estas são atividades importantes para a capacitação profissional desses trabalhadores e para o seu desenvolvimento constante.

Quanto à biossegurança, a quase totalidade dos trabalhadores entrevistados já participou de atividades de capacitação ou sensibilização nesta área, embora apenas uma parcela considere que atua, em seus la-

boratórios, de acordo com as normas de biossegurança. Percebe-se que o principal problema é a escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) e equipamentos de proteção coletiva (EPCs), além do manuseio e do uso inadequados de substâncias altamente tóxicas, como o formaldeído e o xilol.

Grande parcela dos trabalhadores tem algum interesse pelas novas tecnologias que se agregam constantemente à área. A ‘nova’³ tecnologia mais cobiçada é, sem dúvida alguma, a técnica imuno-histoquímica, que tem se expandido bastante pelo Brasil na atualidade e tem trazido novas possibilidades para o diagnóstico de doenças como o câncer, por exemplo.

Além dessa nova tecnologia, outras aparecem como objetos de desejo dos histotécnicos: utilização de microondas; microarranjos teciduais (TMA); patologia molecular, com a hibridização *in situ*; e a microdissecção a laser.

Da mesma forma, porém, que houve uma ampliação do campo de atuação dos histotécnicos, cresceu o espectro de conhecimentos demandados a esses profissionais para que atuem com domínio efetivo das técnicas histológicas e de seus processos de trabalho, sem que isto resulte em maior reconhecimento e valorização desse profissional e da sua formação.

Essa grande alteração que vem ocorrendo nas técnicas histológicas em todo o mundo, e que tem sido tímida no Brasil, parece não ser percebida como uma tendência no desenvolvimento dos serviços de saúde pelo MTE. Na edição 2002 da *Classificação Brasileira de Ocupações*, os técnicos em histologia fazem parte, juntamente com os técnicos em bioterismo, da ocupação de número 3201 – a de ‘técnicos em biologia’.

Na descrição sumária da ocupação número 3201-10 – a de ‘técnicos em histologia’ –, estão descritas as seguintes atividades:

- Manejo e cuidado com a saúde de animais de biotérios;
- Auxílio em experimentação animal;
- Manipulação de produtos químicos;
- Coleta de tecidos;

³ Ressaltamos aqui o fato de a imuno-histoquímica ser compreendida pelos histotécnicos do Brasil como uma ‘nova’ tecnologia. Nos países desenvolvidos essa tecnologia já está amplamente disponível nos serviços de saúde desde os anos 90, mas só agora começa a se difundir nos sistemas de saúde do Brasil, demonstrando um atraso tecnológico que também ocorre em parte devido a problemas na formação profissional desses trabalhadores.

- Transplante de pele;
- Confeção de lâminas;
- Congelamento e transferência de embriões;
- Preparo do ambiente e dos materiais aplicados ao bioterismo;
- Monitoramento das condições ambientais e físicas do biotério;
- Descarte de material biológico;
- Operação de máquinas e equipamentos;
- Utilização das boas práticas em laboratório e das normas de segurança. (Brasil/MTE, 2002)

As atividades relacionadas, de fato, à prática em histotecnologia aparecem aqui apresentadas de forma extremamente superficial e vaga, dificultando o uso desse documento como referência para qualquer um que busque informação sobre o processo de trabalho em histotecnologia. O mais significativo nisto é o fato de este ser o único documento oficial vigente do Estado Brasileiro que faz um descrição do processo de trabalho técnico em histologia.

As atividades inerentes ao trabalho técnico em histologia são colocadas de forma reducionista, simplificando a capacidade de atuação do profissional e minimizando sua real importância nos serviços. Embora a clínica tenha aprofundado ainda mais o seu olhar nos tecidos, alcançando níveis de análise celular e molecular, esses profissionais ainda estão situados no centro do moderno paradigma anatomoclínico, e ainda são consideradas essenciais as análises morfológicas que eles permitem desenvolver, subsidiando e consolidando as observações mais minuciosas e específicas.

A descrição das atividades dessa ocupação pelo MTE se apresenta tão empobrecida com relação à real prática desse profissional, que pode gerar, desde que se configura como única referência oficial de informações sobre os histotécnicos, um outro problema para esse grupo: a limitação cada vez maior da formação profissional na área.

Desse modo, tal descrição acaba contribuindo para que prevaleça uma formação mínima dos profissionais a serem inseridos no mercado de trabalho. Como consequência disso, poderão surgir profissionais que tenderão a atuar de forma inadequada e desvalorizada nos serviços, colocando em risco a saúde da população atendida, e que estarão incapacitados para enfrentar os novos desafios que se colocam para a área da histotecnologia.

Educação Profissional em Histotecnologia no Brasil

A educação profissional na área da histotecnologia representa um campo problemático de estudos. São raros os registros de cursos de formação profissional nessa área até a década de 1980 no Brasil.

A formação de trabalhadores de histo e anatomopatologia, assim como de vários outros grupos de trabalhadores técnicos em saúde, foi historicamente realizada no interior dos próprios serviços, tendo como base a repetição das técnicas e o adestramento dos trabalhadores para a realização das atividades tradicionais.

Esta formação em serviço, entretanto, produzia trabalhadores que atuavam como meros repetidores das técnicas, que não possuíam os conhecimentos teóricos que compunham as bases dessas mesmas técnicas e que não conseguiam desenvolver um olhar crítico sobre o seu processo de trabalho, impedindo a melhoria dos serviços prestados à população e a introdução de novas tecnologias em suas rotinas profissionais.

O principal marco na educação profissional em histotecnologia no Brasil foi o parecer n. 2.934 do CFE, homologado em outubro de 1975 e que já citamos anteriormente. Ele apresentou os únicos referenciais oficiais, de caráter nacional, para a formação de trabalhadores técnicos em histologia. Contudo, com a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) – a lei n. 9394 de 1996 –, que reestrutura os currículos e traz novas regras para o ensino profissionalizante no Brasil, as determinações deste parecer, na identificação dos currículos mínimos, estabelecimento de cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e titulação, foram diluídas e praticamente deixaram de vigorar. Em função disso, hoje em dia não há referenciais que orientem a criação e o funcionamento de cursos técnicos na área da histologia.

Segundo o parecer n. 2.934/75, os cursos de formação profissional em histologia deveriam ter um mínimo de 2.200 horas se realizado em três anos e 2.900 horas se realizado em quatro anos. Dessas cargas horárias excluir-se-iam 1.100 horas destinadas à formação geral, enquanto a educação profissional ficaria com um mínimo de 1.000 horas.

Este parecer indicou também algumas disciplinas importantes para a composição da grade escolar: noções de anatomia e fisiologia humana aplicadas; física, química e biologia aplicadas; programas de saúde;

fundamentos de trabalho em laboratório; biologia celular; histologia; e técnicas histológicas (Brasil/MEC, 1989).

A Sociedade Brasileira de Histotecnologia desenvolveu uma iniciativa importante voltada a promover a certificação de técnicos em histologia. Juntamente com a Fundação Educacional do Distrito Federal e do CFE, tornou possível a realização de exames supletivos profissionalizantes, específicos para a área, que eram realizados de dois em dois anos e conferiram certificação profissional técnica para vários profissionais que já trabalhavam há vários anos sem terem sua profissão devidamente certificada.

Em 1988, buscando, entre outras coisas, integrar a formação geral e a formação técnica em saúde, romper com a visão de formação em serviço e proporcionar ao discente uma educação omnilateral e politécnica, inicia-se, na Fundação Oswaldo Cruz, o Curso Técnico de Segundo Grau, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), com as habilitações técnicas de nível médio em administração hospitalar, patologia clínica e histologia.

Segundo dados obtidos até o momento, foi o único curso técnico de nível médio que atuou na educação profissional desses técnicos em histologia, conferindo certificado reconhecido pelo MEC. Os outros cursos que existem voltados para a formação desses trabalhadores estão no âmbito de atualizações profissionais e especializações técnicas, como o Curso de Qualificação em Técnicas de Serviços de Anatomia Patológica, do Instituto Nacional do Câncer (Inca), por exemplo.

Apesar de o curso da EPSJV passar por reformulações decorrentes da nova LDB (lei n. 9394/96) – que gerou a fusão e a ampliação entre os cursos de patologia clínica e histologia, compondo o curso de biodiagnóstico em saúde – e do lançamento, pelo MEC, do *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* – segundo o qual o curso de biodiagnóstico passa a compor o conjunto de cursos denominados genericamente de análises clínicas –, sempre foi clara a necessidade de manter a educação profissional em histotecnologia dentro do arcabouço formativo desse curso, para que, mesmo indiretamente, continuasse ocorrendo a formação de profissionais capacitados para atuar como histotécnicos.

Outro marco para a educação profissional em histotecnologia, e que ganhou materialidade recentemente, foi a publicação *Técnico em Citopatologia: diretrizes e orientações para a formação* (Brasil/MS/SGTES/DGES,

2011). Este documento foi construído dentro do âmbito do Profaps, sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, no processo que está descrito a seguir.

A princípio em nenhum momento este documento se referia ao trabalho em histologia, mas, nos desdobramentos da sua construção, passou a afetar direta e seriamente esse grupo de trabalhadores.

As reuniões organizadas pelo DGES/SGTES/Ministério da Saúde representaram um marco histórico na discussão sobre os trabalhadores técnicos de nível médio na área da citotecnologia, pois foi a primeira vez que se constituiu um espaço democrático de construção dos referenciais curriculares para a formação destes profissionais. Contando com a representação de profissionais citotécnicos de várias e distintas regiões do país, foi possível vislumbrar as diferenças e especificidades regionais e os aspectos basilares que devem fundamentar uma proposta de formação capaz de integrar estas diferentes realidades.

Nessas reuniões foram desconstruídas a história do trabalho técnico em citologia no Brasil, bem como todas as etapas do processo de trabalho em citotecnologia, de forma que fosse possível apreender os conhecimentos e competências⁴ que possibilitam a compreensão e execução de cada uma dessas etapas, e em seguida realizou-se a construção das diretrizes curriculares.

No geral todos pareciam satisfeitos com o construto dessas oficinas, e mesmo sabendo das limitações e conflitos ainda inerentes a este mapa de competências por nós estruturado, sabíamos que representava um marco na luta pelo reconhecimento e pela educação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde.

Entretanto, quando foi apresentado posteriormente, o documento trazia uma mudança importante: havia sido acrescentada ao mapa de competências do citotécnico uma nova seção, que apresentava as etapas da histotecnologia tradicional como sendo agora atribuições do citotécnico.

Inicialmente, como já mencionamos, para que fosse possível alcançar um nível de análise e percepção mais profundas sobre o trabalho em citotecnologia, foi preciso um intenso trabalho de desconstrução

⁴ Embora a EPSJV tenha críticas à pedagogia das competências, esta foi a metodologia usada nas oficinas do Profaps, por representar o padrão utilizado hoje no âmbito do Ministério da Saúde.

dos procedimentos técnicos e das questões dessa área. Em nenhum momento se teve em mente o trabalho em histotecnologia, que guarda suas especificidades tanto no que diz respeito à educação quanto à prática profissional.

O documento do Profaps refletirá de forma profunda no trabalho e na educação profissional em citopatologia e em histologia, cristalizando problemas historicamente constituídos nessas áreas e institucionalizando um currículo simplista, que reduz os escopos de atuação técnica desses dois grupos profissionais.

Temos em vista que o principal sentido que deveria revestir esse tipo de proposta seria o de fortalecer a educação profissional, apostando na capacidade dos técnicos de se apropriar das discussões técnico-científicas e sociopolíticas referentes ao seu cotidiano, e através dessa apropriação promover a melhoria dos serviços prestados à população. Não concordamos, portanto, que a simplificação e a fusão de áreas de distintas práticas profissionais, conhecidas pelo frágil histórico de educação profissional e que têm um grande potencial tecnológico ainda não perscrutado no Brasil, sejam soluções para as problemáticas na área da prestação de serviços em anatomia patológica. Com esta simplificação, os futuros trabalhadores poderão ser formados apenas com os conteúdos mínimos necessários à sua atuação profissional e ficarão presos à execução das atividades mais básicas, o que dificultará ainda mais a possibilidade de apropriação e implementação das novas tecnologias.

A inclusão das técnicas histológicas mais básicas na descrição de atividades dos citotécnicos, no âmbito do Profaps, pode ser um aparente promotor desta área num primeiro momento, por aumentar o volume de histotécnicos ‘habilitados’ para atuar nos serviços de saúde, contudo aprofunda problemas intrínsecos desses serviços, como a dificuldade de promover melhorias nos processos de trabalho e a alienação técnico-científica dos trabalhadores. Além disso, pode conduzir indiretamente ao fim da educação profissional em histotecnologia no nível médio, trazendo esta prática (de forma reducionista) para o interior da educação profissional em citopatologia. Com isso, as instituições que tinham interesse em realizar educação profissional de técnicos em histologia agora só poderão investir nessa área se tiverem também a possibilidade de formar técnicos em citopatologia e vice-versa.

Quando se pensa unicamente na educação profissional do citotécnico, já vislumbramos a necessidade de um extenso período de formação voltado para o escrutínio de lâminas, incluindo aí um significativo volume de práticas nas aulas e também grande carga horária de estágio curricular associado, realizado necessariamente em laboratório reconhecido e com grande volume de amostras. Com a inserção da histologia, seriam demandadas outras tantas horas de aulas práticas e também outra carga horária voltada para o estágio curricular nessa área, o que dificultará a realização do curso em tempo exequível, sem que se perca profundidade na abordagem dos fundamentos técnicos, ou que se reduzam as cargas práticas, comprometendo o resultado final do processo educativo.

Com uma carga horária teórica e prática insuficientes para atender às especificidades da formação desses técnicos, corre-se o risco de retornar ao adestramento do trabalhador pela repetição das técnicas, sem que este compreenda devidamente os seus fundamentos e sua relação mais ampla com o campo da saúde.

Esta proposta poderá repercutir também nas definições do MTE a respeito da CBO e na realização de concursos públicos, afetando a oferta de vagas nestas áreas (histologia e citologia). A redação do *Catálogo Nacional de Cursos do MEC*, de 2012, também necessitará ser atualizada no que diz respeito à educação profissional de técnicos em citopatologia, e continuaremos distanciados das novas tecnologias inseridas a cada dia nos processos de trabalho dessas áreas.

Estes fatores representarão também um gigantesco entrave ao processo de regulamentação profissional e um desafiador campo de diálogos e disputas para as instituições de representação desses profissionais técnicos e para os profissionais de nível superior que têm interesses nesses grupos.

Regulamentação e Regulação Profissional

O grupo profissional dos histotécnicos ainda hoje busca uma regulamentação e uma regulação profissional adequada.

Girardi, Carvalho e Seixas (2002) afirmam que, na tradição da economia política, o termo regulação engloba um largo espectro de políticas disciplinadoras das atividades sociais e econômicas, visando não

apenas a seu controle como também à atenuação de suas consequências para a comunidade.

A regulamentação profissional, por sua vez, é uma parte muito especial da regulação econômica e social. Em certo sentido, pode-se dizer que as profissões são reguladas porque, se deixadas por conta de mecanismos de mercado, as atividades e serviços que elas oferecem à sociedade seriam relegadas a níveis prejudiciais. Em outras palavras, no balanço entre benefícios e vantagens, o exercício livre dessas atividades traria mais prejuízos para a sociedade que os causados pela sua regulamentação (Girardi, Carvalho & Seixas, 2002).

A regulamentação profissional é extremamente importante por representar o conjunto de regras e disposições legais que balizará a formação e a prática profissional de um determinado segmento de trabalho. As barreiras legais apresentadas pela regulamentação profissional estipulam critérios para a entrada nos mercados de trabalho (sob a forma de credenciamento educacional e obtenção de certas licenças e diplomas); critérios estes apresentados pelas próprias corporações profissionais, que estabelecem os parâmetros mínimos de prática técnica e conduta ético-profissional.

Para que sejam de fato implementadas estas determinações regulamentares, faz-se necessário, portanto, a fiscalização e o controle do exercício profissional. Essa regulação é feita majoritariamente por organizações dos próprios pares profissionais – os conselhos profissionais, que exercem, por delegação, autoridade de Estado que lhes permite licenciar e autorizar profissionais, bem como lhes capacita a discipliná-los, exercendo poder de autogoverno.

O Ministério da Saúde criou, através do decreto-lei n. 4.726, de 9 de junho de 2003, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) que atualmente é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, em âmbito nacional (Brasil/MS, 2003). O Degerts, por sua vez, está organizado em duas áreas: a Coordenação Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e a Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde.

A Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde tem, entre outras funções (Brasil/MS, 2005):

- Levantar dados e organizar informações sobre a regulação profissional no país, na América Latina e no Caribe;
- Elaborar propostas e desenvolver ações visando à regulamentação de novas e atuais ocupações em saúde;
- Participar da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde;
- Emitir parecer técnico sobre a regulação do exercício profissional e a ocupação na saúde;
- Desenvolver ações de cooperação internacional, estabelecendo parcerias para o enfrentamento dos problemas de gestão e regulação do trabalho em saúde.

Entre as ações prioritárias deste Departamento está a criação de uma Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, o que ocorreu por meio da portaria n. 827/GM, de 5 de maio de 2004. Entre suas atribuições estão: propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área da saúde, e assentir os mecanismos de regulamentação profissional da área da saúde (Brasil, 2005).

Além desses fatores, no Brasil, a aquisição dos direitos sociais de cidadania está historicamente atrelada ao *status* referente a determinados grupos profissionais. Um dos fatores que gera essa distinção entre distintos grupos profissionais é a divisão técnica do trabalho, que historicamente constituiu-se no campo da educação e produziu uma dicotomia entre o pensar e o fazer nos processos de trabalho, aprofundando o abismo entre as diversas profissões técnicas e acentuando sua submissão a determinados grupos profissionais de nível superior. É importante lembrar que as ocupações técnicas de nível médio podem ser agrupadas em um segmento de ocupações consideradas inadequadamente regulamentadas. Estas, normalmente, têm regulamentados tão somente os requisitos educacionais na determinação dos currículos mínimos necessários à sua prática profissional.

O MTE, através da CBO, relaciona a existência de aproximadamente 40 ocupações na área da saúde. Na sua maioria, são ocupações que contam com algum tipo de delimitação e controle do exercício profissional. Para algumas, porém, a regulamentação de suas atividades profissionais no âmbito do poder público ainda se configura como uma demanda.

As ocupações que já obtiveram regulamentações as conseguiram em sua maior parte na forma de pareceres do já extinto CFE. Este é o

caso dos técnicos e auxiliares em histologia, que junto com os técnicos e auxiliares em patologia clínica, são contemplados pelo parecer CFE n. 2.934, de 1975.

Na busca por uma real e eficiente regulamentação, as ocupações de nível médio apresentaram ao Congresso Nacional, nos anos 80 e 90, um total de 31 projetos de lei pleiteando o reconhecimento público e o direito de exclusividade sobre seus campos de atuação. Desses projetos de lei apenas dois obtiveram sucesso – os que regulamentam as atividades dos técnicos em prótese dentária e dos técnicos em radiologia (Girardi, Carvalho & Fernandes, 2008).

Na área de atuação em histotecnologia, foram apresentados ao Congresso Nacional, desde 1970, três projetos de lei (Girardi, Carvalho & Fernandes, 2008):

- Apresentado em 1990 pelo deputado A. C. do PTR (RO) → foi arquivado em 1991.
- Apresentado em 1991 pelo deputado E. F. do PTB (RO) → foi retirado pelo autor em 1992.
- Apresentado em 1991 pelo deputado M. R. M. do PDS (SP) → foi aprovado depois de emendas e substitutivos na Câmara Federal e no Senado, e encontra-se atualmente na Coordenadoria de Comissões Especiais desde 15 de abril de 2003, aguardando aprovação final.

O projeto de lei n. 2090-E/91, apresentado pelo Deputado M. R. M., propõe a regulamentação do exercício profissional em histotecnologia e determina as condições de habilitação, atribuições, piso salarial e direitos trabalhistas. Este projeto foi, entretanto, submetido a um substitutivo aprovado no Senado Federal, que sugere uma regulamentação para o grupo de técnicos em laboratório, grupo este composto pelos técnicos em patologia clínica, técnicos em histologia, técnicos em citologia e técnicos em hemoterapia.

A descrição feita nesse projeto de lei 2090-E/91 a respeito das necessidades formativas e atribuições dos histotécnicos, mediante sua prática profissional, corresponde apenas à atualidade na qual fica aprisionada a atuação em histotecnologia no Brasil – com sua limitação no

campo do trabalho simples, com a execução das atividades tradicionais da rotina histológica – e coaduna com a visão reducionista e desatualizada do MTE, no que concerne às novas tecnologias e às demandas que estas trouxeram aos histotécnicos nos modernos serviços de histo e anatomopatologia.

Este projeto foi reativado, em 2012, pelo deputado Ivan Valente do PSOL de São Paulo, e a aprovação dessa regulamentação proposta pelo projeto de lei 2090-E/91 representará um grande avanço para esse grupo profissional, desde que seja devidamente atualizada, de forma a representar de maneira fiel os desafios colocados para a moderna prática desses trabalhadores e sua formação, contribuindo para impulsionar a prática profissional nesta área para níveis técnico-científicos mais elevados, possibilitando a oferta de serviços mais qualificados à população.

Esta ideia encontra apoio conforme o mencionado pelo Degerts:

Em se tratando do setor saúde, a situação tem-se tornado crítica nos últimos anos, considerando-se que grande parte da legislação das profissões pertinentes ao setor contém em seu arcabouço funções que necessitam de atualização frente às novas conquistas técnico-científicas, havendo, assim, a necessidade de revisão dessas leis. (Brasil/MS/SGTES, 2005: 34)

Conclusões

Acreditamos que o conceito de qualificação não deve ser reduzido a uma visão objetivista, que o entende materializado em certo equipamento ou posto de trabalho, reduzindo as habilidades do trabalhador a um mero treinamento para o desempenho de uma ação específica. Compreendemos a qualificação como uma concepção complexa que se apresenta de diversas formas, com suas implicações políticas e sociais refletidas nas condições de trabalho e educação profissional, nos desafios à regulamentação e na relação com outros grupos profissionais.

As características do processo de qualificação profissional referentes à formação para o trabalho são importantes no caso do grupo dos técnicos em histologia, pela complexificação dos processos de trabalho, com grande inserção de novas tecnologias, em contraste com a realidade vivida pelos serviços de anatomia patológica no Brasil, ainda distancia-

dos dessas novas possibilidades diagnósticas, principalmente pela falta de investimento e de consolidação de uma educação profissional adequada, que permita que esta área se constitua como área de trabalho complexo ao invés de área de trabalho simples, como é vista atualmente.

Mas a qualificação não pode ficar limitada a este aspecto, ou deixaria de abarcar a importância exercida pelos movimentos políticos que impactam fortemente a educação e o trabalho e que levam o trabalhador a aceitar os salários baixos que lhes são oferecidos diante das condições do mercado. É fundamental refletir sobre o reconhecimento social desses profissionais, que atuam em condições de trabalho insalubres e muitas vezes sem qualquer biossegurança, sujeitos a baixos salários e constantemente esquecidos pelas ações públicas.

Todas essas questões ressurgem de forma cíclica, retornando sempre ao ponto da educação profissional, ou à carência dela. Entende-se que a frágil formação enfraquece a possibilidade de reflexão crítica sobre o processo de trabalho e dificulta a construção de uma identidade profissional pelos homens e mulheres dedicados a essas tarefas, que não se limitam aos histotécnicos, mas incluem também os técnicos em citologia e em análises clínicas, que enfrentam desafios semelhantes, guardadas suas especificidades. Sem a base representada por uma educação profissional crítica, nenhum desses grupos profissionais técnicos em saúde consegue ter uma visão de grupo e se identificar como profissionais que devem se unir em prol de sua regulamentação, e em busca de seus direitos. Direitos que devem ser conquistados pela união dos pares e não pela competição pura e simples, que é estimulada pela ideologia capitalista.

Os histotécnicos lutam pela regulamentação e pelo reconhecimento das possibilidades de atuação surgidas pelo desenvolvimento da ciência e da tecnologia, mas que impactam diretamente na carência formativa que os caracteriza. Sua luta, porém, pode ser anulada no contexto da proposta formativa do Profaps para os citotécnicos de forma grave.

Os citotécnicos, em contrapartida, lutam pela regulamentação e pelo reconhecimento de sua atuação especializada, sendo os únicos técnicos de nível médio a conferir um laudo técnico decisivo para a determinação diagnóstica. Esta especialização também é refletida diretamente sobre as demandas formativas para esses técnicos e pode estar sendo posta em risco com a atual proposta do Profaps para a formação de

citotécnicos, que inclui de forma empobrecida as atividades do histotécnico dentro do escopo de atividades características desses profissionais, provocando uma distorção de sua prática profissional.

Os técnicos em análises clínicas, por sua vez, sofrem com a submissão ao Conselho Federal de Farmácia (CFF) – que os tem sob seu jugo no que tange ao registro, mas pouco tem atuado na regulação profissional, fato que se torna evidente ao se observar o nível dos cursos técnicos na área existentes no mercado – e com as condições de trabalho e de emprego a que precisam se submeter cotidianamente.

Existem muitas lacunas em todas estas áreas a serem supridas, mas consideramos que a conscientização dos trabalhadores é o passo inicial para modificar esta realidade, lutando por melhorias na educação profissional em saúde, por uma regulamentação adequada e melhorando as condições de trabalho para esses profissionais, o que poderá gerar uma significativa melhoria tanto quantitativa quanto qualitativa nos serviços de saúde prestados à população brasileira.

Embora estes dados ainda ofereçam uma imagem fragmentada da realidade dos histotécnicos nos serviços de anatomia patológica, se associados a outras fontes de informação, permitem que se amplie a compreensão da importância desse profissional e dos desafios com os quais se confronta no dia a dia dos seus processos de trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. *Currículos Mínimos de 2º Grau das Habilitações profissionais: saúde*. Brasília, Uberlândia: MEC, Universidade Federal de Uberlândia, 1989. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002799.pdf>. Acesso em: 14 mar.2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 9.394 de 20 dez. 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 31 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos – 2008*. Disponível em: <<http://catalogonct.mec.gov.br/>>. Acesso em: 31 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Laboratório Cito-histopatológico: normas e manuais técnicos – 1987*. Disponível em: <www.abralapac.org>.

br/v3/arquivo/MANUAL DE LABORATORIO CITO E HISTO MS.doc>. Acesso em: 3 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde, e dá outras providências. Disponível em: <www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/decr4726.pdf>. Acesso em: 31 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 827/GM, de 5 maio 2004. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-827.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – 2009*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_QualiSUS.pdf>. Acesso em: 31 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Técnico em Citopatologia: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 397, de 9 de outubro de 2002. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: <www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 31 maio 2010.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. & SEIXAS P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Formação*, 2(5): 29-43, 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. & FERNANDES JR., H. *A Regulação das Profissões de Saúde no Brasil*, 2008. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em: 31 maio 2010.

MEDRADO, L. *Levantamento dos Conhecimentos Fundamentais à Construção de Novos Referenciais Curriculares para a Educação Profissional na área da Histotecnologia*, 2010. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PIRES, D. E. P. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

O Processo de Constituição Histórica e Social dos Técnicos de Nível Médio em Citologia e seus Reflexos na Qualificação destes Trabalhadores

**Vânia Maria Fernandes Teixeira
Fátima Meirelles Pereira Gomes**

Este capítulo tem como objetivos identificar em que conjuntura histórico e social os técnicos de nível médio em citologia se constituíram como categoria; verificar se existem legislações relacionadas a esse trabalhador que influenciaram/influenciam seu processo de trabalho e de formação profissional; e averiguar quais os reflexos da história no processo de sua qualificação.

O despertar para a temática deveu-se à observação de que, embora os trabalhadores técnicos em citologia tenham um papel imprescindível nos serviços de apoio diagnóstico do câncer prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os estudos a respeito desse trabalhador são inexistentes. Além disso, tais trabalhadores são historicamente esquecidos pelas políticas públicas, no que diz respeito tanto à educação e à regulamentação profissional quanto a seu reconhecimento social.

O trabalho do técnico em citologia, conhecido comumente como citotécnico, é atuar em laboratórios classificados como serviços de diagnóstico por citopatologia/anatomia patológica; ele realiza ações relativas a análises citomorfológicas de líquidos, fluidos orgânicos, secreções, esfregaços e raspados, por meio da leitura de lâminas, e emite laudo técnico que é atributo exclusivo desse trabalhador, visando ao apoio diagnóstico e à prevenção de doenças benignas e malignas. Além disso, suas atividades envolvem a participação no planejamento, avaliação e controle da qualidade dos serviços prestados, bem como no desenvolvimento de ações de natureza educativa, na perspectiva de contribuir com a promoção da saúde, com a prevenção de agravos e com o desenvolvimento profissional. A responsabilidade desse técnico na primeira análise dos exames citopatológicos tem exercido importante impacto nas políticas de controle do câncer, especialmente o de colo do útero.

O Processo de Constituição Histórica e Social do Técnico em Citologia

Este estudo tem caráter exploratório e foi realizado a partir da análise de fontes primárias de documentação sobre regulamentação, regulação, leis, decretos, atas de assembleias de sociedades científicas e associações de profissionais, registro oral de discursos e palestra em formaturas e eventos, que influenciaram o processo de trabalho e de educação profissional do técnico em citologia.

Em primeiro lugar foi feito um levantamento bibliográfico extenso sob a perspectiva da qualificação profissional, tendo com descritores as palavras ‘qualificação profissional’, ‘educação profissional’ e ‘técnicos em saúde’. A revisão de literatura evidenciou raras publicações sobre o técnico em citologia. Desse modo, buscaram-se documentos nos arquivos da Escola da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia da Divisão de Patologia (Sitec/Dipat), nos arquivos da área de ensino técnico da coordenação de educação, na biblioteca do Hospital do Câncer I e arquivos pessoais de docentes da escola, todos pertencentes ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), do Ministério da Saúde, na cidade do Rio de Janeiro. A utilização dessas fontes tornou-se necessária por se tratar de arquivos de instituições governamentais que contribuíram para a constituição histórica da formação desses trabalhadores.

Em segundo lugar foi realizada a pré-análise por meio de leitura dos documentos para seleção e definição dos conteúdos que contribuíram para responder às questões e objetivos do estudo, conforme apontam Shiroma e colaboradores (2004). Em tal processo, definiram-se os critérios para o recorte temporal do estudo em três períodos: década de 1930 à década de 1960 – neste período foi introduzido o exame citológico no Brasil; década de 1970 à década 1980 – trouxe o fortalecimento da assistência médica previdenciária centrada no atendimento curativo hospitalar; nesse sentido, o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos da Fundação das Pioneiras Sociais foi considerado a escola padrão de ensino de técnico em citologia e a primeira escola do gênero para formar alunos no Brasil e para a América Latina; e década de 1990 até a década de 2010 – importante marco histórico no setor saúde brasileiro com a implantação do SUS. Uma época marcada pela normatização das ações de prevenção e controle, incluindo exames de citopatologia.

Como consequência, o técnico de citologia assume papel importante como integrante da equipe de saúde, principalmente realizando tarefas fundamentais aos esforços para se ampliar a oferta na área diagnóstica de exames citológicos no país.

Em terceiro lugar ocorreu a categorização que emergiu da análise de conteúdo dos textos documentais a partir do referencial teórico do conceito de qualificação e dos conceitos-chave relativos às políticas de educação, de saúde e de trabalho, associando-os à conformação do trabalhador técnico em citologia. As categorias que serviram de guia para análise dos documentos foram: surgimento da profissão; educação profissional entendida, neste estudo, como os marcos legais da educação e sua interface na formação do citotécnico; processo de trabalho como o conhecimento tácito apreendido a partir de uma experiência individual que originou o saber fazer e definiu a conformação desses trabalhadores; regulação e regulamentação profissional como ato normativo do Estado que circunscreve sua jurisdição exclusiva sobre os campos cognitivos e de prática, por meio da entidades corporativas que estabelecem a regulamentação profissional; e a formação profissional traduzida como os conhecimentos e habilidades formais exigidos desse trabalhador. Todas essas categorias se relacionam com o conceito de qualificação de Friedmann (*apud* Crivellari & Melo, 1989).

Na amostra final deste estudo foram analisados qualitativamente 25 documentos e para interpretação dos resultados foi elaborado um quadro sinóptico, cujas categorias empíricas dos textos pesquisados foram cruzadas sob a ótica das políticas de educação, de saúde e de trabalho (Apêndice).

Buscando compreender os processos de constituição histórica e social do trabalhador técnico em citologia no Brasil a partir das políticas públicas de saúde, educação e trabalho, este estudo aproximou-se do conceito de qualificação seguindo Friedmann, Villavicencio e Dubar (*apud* Crivellari & Melo, 1989).

Décadas de 1930-1960: os programas nacionais de combate ao câncer e a formação dos técnicos em citologia

No que diz respeito ao surgimento da profissão, nos documentos utilizados no presente estudo consta que os técnicos em citologia eram denominados citotecnologistas e conhecidos na área da saúde como

citotécnicos. A denominação deste trabalhador é provavelmente uma tradução do termo estadunidense *cytotechnology*, sendo os primeiros profissionais formados nas escolas de citotecnologistas do Medical Center Archives of New York.¹

Na trajetória histórica da denominação dos técnicos de citologia, observou-se que nos anos 30 os primeiros citotecnologistas eram chamados técnicos de laboratórios e nos anos 40 técnicos de citologia. Nos anos 50, a designação profissional citotecnologista foi estabelecida. Inicialmente os trabalhadores recebiam seu treinamento no trabalho, o qual consistia em microscopia intensiva e revisão dos espécimes citológicos avaliados nos poucos laboratórios existentes nessas décadas.

No alusivo à política de saúde no Brasil, a década de 1930 foi caracterizada pela construção de uma política de controle do câncer. Em 1935, no Rio de Janeiro, é realizado o I Congresso Brasileiro de Câncer, e neste congresso foi exposta a diretriz nacional em relação ao câncer: ter como base a prevenção; a importância do diagnóstico precoce; ter centros de cancerologia para tratamento dos pacientes e ser o centro de saúde o pilar da saúde pública, sendo responsável por realizar ações educativas com a população, fazer o diagnóstico dos casos suspeitos e, depois de confirmados, encaminhá-los aos centros de cancerologia, e providenciar os cuidados dos pacientes a partir da assistência das enfermeiras visitantes (Teixeira & Fonseca, 2007).

O Brasil foi um dos países precursores na utilização da citologia no diagnóstico do câncer. Há referência de que em 1942 o médico Antonio Vespesiano Ramos apresentou a tese de docência *Novo Método de Diagnóstico Precoce do Câncer Uterino*, que se acredita ser o primeiro registro da utilização da citologia no país (Xavier, 2002).

Quanto à educação profissional, os documentos analisados evidenciaram que a primeira escola de citotecnologistas na América Latina foi criada em 1968, tendo o objetivo de formar recursos humanos de apoio na prevenção do câncer ginecológico. A ampliação dos exames ci-

¹ Em 1943 o médico grego George Papanicolaou publicou o artigo “Diagnosis of uterine vaginal smear”, resultado de um estudo de sua autoria sobre métodos citológicos para o diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. É considerado o criador do Teste de Papanicolaou (exame citológico). Em 1947, Papanicolaou realizou o primeiro curso de citologia nos Estados Unidos da América na Medical Center Archives of New York – Presbyterian Weill Cornell (2008) e em 1950 o teste foi introduzido no Brasil.

topatológicos em massa e a carência de médicos citopatologistas levaram à necessidade de formação de técnicos, visando à triagem do material citopatológico, o que possibilitou a participação do médico em apenas 10 a 30% dos casos examinados. No perfil de formação do citotecnologista pela Escola do Instituto Nacional de Ginecologia e Reprodução Humana (INGRH) do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos da Fundação das Pioneiras Sociais, o conteúdo curricular englobava desde o preparo da lâmina à seleção de esfregaços suspeitos ou positivos para câncer e para lesões pré-cancerosas.

Analisando conteúdo curricular, percebe-se que o técnico de citologia se distingue dos demais técnicos por um *status* profissional apoiado em um saber científico, e não apenas prático, que permitiu associar trabalho manual e intelectual. A proposta pedagógica do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos era pautada na formação global do trabalhador citotécnico, incluindo os conhecimentos da medicina preventiva, o contexto filosófico, ético e a prática de microscopia:

(...) o citotecnologista haverá de ter as seguintes aptidões: boa acuidade visual, conhecimento de biologia, gosto pela pesquisa e descoberta de fenômenos científicos, sentido social, tato e diplomacia, dedicação compreensão das motivações alheias e humanismo, prazer em ajudar e tratar o próximo, paciência, descrição, polidez, delicadeza e educação de maneiras e atitudes, senso de responsabilidade, constância e perseverança, ética. (Histórico do Curso de Formação de Citotecnologista da Escola de Citopatologia do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos do Instituto Nacional de Ginecologia Preventiva e Reprodução Humana – INGRH)

No referente à política de educação vigente no Brasil durante o Estado Novo (1937-1945), esta correspondia à divisão econômico-social do trabalho. Nesse sentido, a formação de profissionais técnicos especializados era destinada a fazer a supervisão, a mediação hierárquica da produção industrial. Nas décadas de 1942 a 1946 foram criados o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), respectivamente. Também foi o auge das escolas técnicas federais, que, por meio da ideologia desenvolvimentista, sustentaram a chamada “teoria do capital humano” ao considerar

o investimento em educação por parte do Estado como uma fonte de desenvolvimento (Ramos, 2011). O pertencimento das relações de trabalho dos técnicos era obtido por meio da organização em sindicatos e associações. Em 1961 foi publicada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que visou substituir a Reforma Capane-ma de 1942 e que dava prerrogativas para o ensino secundário, área de preferência da iniciativa privada.

Essa década também foi caracterizada como um período de modernização do Estado Nacional, de regulamentação das relações de trabalho e de incorporação dos trabalhadores com a instituição das bases do sistema previdenciário. No período de 1931 a 1946 ocorre a grande expansão de unidades de saúde no país, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, em especial na rede particular. O avanço dos conhecimentos científicos e as novas técnicas médicas viabilizaram a expansão de construção de hospitais e o aumento do consumo de medicamentos e equipamentos (Escorel & Teixeira, 2008).

No que concerne ao processo de trabalho, os documentos analisados evidenciaram a complexidade e a extensão que se apresentam nas análises de políticas, e englobaram desde os interesses do Estado até os contextos das práticas, às vezes caracterizadas por aspectos contraditórios e conflitantes. Algumas das questões evidenciadas foram o progresso e o aperfeiçoamento tecnológicos e igualmente o avanço dos exames citológicos no diagnóstico das doenças, em especial o câncer. Nesse período, a área de citotecnologia foi muito influenciada pelo desenvolvimento tecnológico; porém, esse arsenal inovador não conseguiu minimizar a importância do técnico em citologia pela sua especificidade e acurácia ocular ao microscópio, necessária para realização do exame citológico.

Décadas de 1970-1980: a reforma sanitária, a globalização da economia e as exigências do trabalho na área da citotecnologia

Nos documentos analisados das décadas de 1970 a meados da década de 1980, a formação profissional do citotécnico nos Estados Unidos da América e no Brasil manteve um itinerário formativo de educação e hierarquia em serviço, assim como o sentido social que caracterizou a

identidade desse trabalhador: “(...) O citotecnologista é um técnico especializado em citopatologia capacitado a realizar a seleção de esfregaços normais suspeitos ou positivos para câncer e para lesões pré-cancerosas”; “(...) Identifica-se uma formação técnica associada a uma formação ética com ênfase na responsabilidade técnica do profissional para o controle do câncer e de outros agravos à saúde”; “(...) As categorias implicadas no processo de trabalho eram: citotécnico, funcionários administrativos, médicos citopatológicos, médicos anatomopatologistas, auxiliares de laboratório e histotécnico” (Escola de Citopatologia do INGRH, 1976).

(...) Competência do citotecnologista: avaliar ou rejeitar os espécimes, rotular, selecionar os melhores corantes, realizar técnicas de preparação, aplicar os princípios de controle de qualidade; identificar microscopicamente e discriminar os seguintes aspectos: espécimes adequados, constituintes celulares com limites normais, mudanças celulares, incluindo inflamações, efeitos de terapias, de medicamentos, exposição do dietilestilbestrol; anormalidades epiteliais escamosas; células glandilares anormais; neoplasias não epiteliais malignas; neoplasias malignas extrauterinas; evolução normal; nos espécimes não ginecológicos deverá identificar células normais e inflamatórias; aspectos microbiológicos e citomorfologia associada; manifestações de degeneração celular; células atípicas iniciais; processos pré-malignos; neoplasias iniciantes; carcinomas escamosos, adenocarcinomas; efeitos celulares de quimio e radiação; desenvolver diferentes diagnósticos de doenças em conjunto com espécimes celulares e histológico, dados clínicos precedentes, significância dos sintomas, conhecimento dos vários tratamentos, revisão prévia do material do paciente; preparar relatórios; aplicar conhecimentos de organização de laboratórios, controle de qualidade; participar de programas de educação continuada; ter conduta ética e sua responsabilidade na prática de descrição e confidencialidade dos laudos, honestidade e integridade na profissão, princípios do bom relacionamento com o “*staff*”, estudantes e companheiros. (Keebler & Sombrak, 1993)

No decorrer da análise dos textos de discurso de formatura da década de 1970, docentes e formandos reforçam as aptidões sociais e éticas para o profissional ser um perfeito citotecnologista:

(...) Hoje nos sentimos jubilosos por termos alcançado esta meta através de profícuos esforços, absorvendo os conhecimentos dos mestres desta casa, que assim nos prepararam para a tarefa de aliviar o sofrimento humano, pois somos conscientes de termos frequentado uma escola padrão de ensino. Aqui estruturamos conhecimentos científicos, aprimoramos nosso espírito e criamos amizades.

(...) ‘Microscopar’, este neologismo que pouco a pouco, através das lentes e das lâminas, foi tornando realidade e nos invadiu o sentimento de ser isto a razão principal de nossas vidas e poder colaborar no futuro com os nossos semelhantes. (...) Como empolgante é aquele pequeno fragmento de vidro quando se pode descobrir o que nele se esconde inclusive o destino de um paciente. (...) É grande a nossa responsabilidade e nos sentimos possuídos de medo dela. (...) Ressentimos da falta de sua oficialização, no que pese compreendemos que em devido tempo ela virá, pois nisto a disposição de colaborarmos será maior (Orador da Sétima Turma da Escola de Citopatologia do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, 1976)

Percebe-se tanto nos documentos analisados quanto nas falas dos formandos que o perfil de conclusão do citotecnologista era voltado para a formação de técnicos especializados, destinados a realizarem funções ativas na profissão e de grande responsabilidade técnica, o que resultava no mais alto grau de profissionalismo. Assim, a primeira escola de citotecnologistas do Rio de Janeiro está em consonância com a concepção de qualificação adotada neste estudo, que não deve ser reduzida a uma visão objetivista que a entende materializada em certo equipamento ou posto de trabalho, reduzindo as habilidades do trabalhador a um mero treinamento para o desempenho de uma ação específica.

Friedmann (*apud* Crivellari & Melo, 1989: 52), ao analisar o conceito de qualificação mediado pelas relações de trabalho, caracteriza-o como polissêmico, dinâmico e inacabado. Para discutir a qualificação, é necessário compreender as suas implicações nas relações dos trabalhadores com a tecnologia e nas relações sociais que produzem diferentes profissionais e que resultam em formas coletivas de produzir. A aprendizagem é realizada não somente com base em práticas pedagógicas, mas também por meio da assimilação de normas e padrões de conduta que se deve ter no ambiente de trabalho em situações cotidianas e imprevistas.

Essa socialização do trabalho leva ao desenvolvimento da cultura da instituição/empresa e da categoria profissional. Enfim, as competências do saber-fazer se estendem para o saber-viver/ser, de acordo com a noção de competências apresentada pelo capitalismo contemporâneo.

A política de educação em 1971 tornou a profissionalização compulsória no Ensino Médio com a aprovação da LDB n. 5.692. A lei propôs a integralidade das habilitações profissionais às ações de ensino para o crescimento econômico, pautada na integração dos elementos culturais e técnicos que tinham sido por muito tempo mantidos separados. Define a qualificação para o trabalho como o processo de preparar o jovem para as ações convenientes do crescimento produtivo, seja ele de criatividade, de multiplicação de ideias e projetos, de análise e controle, de administração e supervisão ou de execução manual e mecânica, tudo de acordo com as potencialidades e diferenças individuais dos educandos.

Em relação à formação profissional, foi aprovada, em 6 de setembro de 1973, pela presidência da República, o Programa Nacional de Controle do Câncer que destacou a necessidade de formação de pessoal de nível de 2º grau na área de citologia, considerando a extensão geográfica do país. Assim, naquele ano, o diretor da Divisão Nacional do Câncer (DNC) solicitou ao ministro dr. Paulo de Almeida Machado a oficialização das escolas ou centros de treinamento de citotécnicos em Pernambuco, na Fundação de Saúde Amaury de Medeiros (região Norte e Nordeste); no Rio Grande do Sul, no Laboratório de Anatomia Patológica da Secretaria de Saúde (região Sul); no Rio de Janeiro, no Inca, e em São Paulo, no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (região Sudeste). Atualmente, das quatro escolas formadoras, permanecem em funcionamento a Escola de Formação de Técnicos em Saúde da Fundação Oncocentro em São Paulo e a Escola da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (Sitec) da Divisão de Patologia/Inca. Talvez a permanência de apenas duas escolas formadoras de citotécnicos seja um dos fatores para a indefinição da profissão em relação à sua própria formação técnica.

No referente ao processo regulatório profissional, os anos 70 foram marcados por iniciativas desses trabalhadores, conforme os documentos oficiais analisados. Contudo, apesar dos esforços da Associação Médica Brasileira em Citopatologia (SBC) em invocar aos órgãos go-

vernamentais a regulamentação oficial das carreiras de citopatologista e citotecnologista, o reconhecimento desses trabalhadores citotecnologistas (citotécnicos) não se concretizou. Os citotécnicos adquiram oportunidades de prestar prova de suficiência com certificação, apresentar trabalhos científicos nos congressos e fazer parte como membros de assembleias todos cancelados pela SBC.

Segundo Villavicencio (1992), o resultado da organização técnica e social do trabalho evidencia a regulação do processo de produção baseado nas inter-relações dos atores sociais. Neste contexto, os citotécnicos iniciaram o processo de regulação profissional por uma sociedade médica, o que caracteriza uma ocupação de trabalho, ou seja, têm como base cognitiva o conhecimento teórico da medicina, o que resulta na ausência de identidade profissional e subordinação técnica aos profissionais de nível superior. A ocupação garantiu a esses trabalhadores vaga no mercado de trabalho de forma precarizada.

A década de 1980 foi marcada pela globalização da economia e pelo neoliberalismo, que exigiam o corte de gastos pelo Estado. Houve retração dos empregos e o investimento em tecnologias, o que eliminou funções do sistema produtivo. Neste período surge a ideia de empregabilidade, ou seja, de qualificar o indivíduo para tornar-se empregável. Esta necessidade foi rapidamente atendida pelas escolas privadas que estavam mais aptas à ampliação de vagas e cursos. A desvinculação da educação profissional do Ensino Médio surge e se consolida baseada na ideologia de que é desnecessário o gasto com a educação integrada, já que aqueles que tinham condições de cursar o Ensino Médio depois iriam para o Ensino Superior. A demanda de qualificação e requalificação é justificada devido às inovações tecnológicas que exigem novas ocupações técnicas na área da saúde, e como consequência as instituições formadoras privadas passaram a se organizar para atender às mudanças impostas pelo sistema de saúde.

A educação nacional sofreu mudanças e os impactos da crise mundial do capital interferiram sobre o conteúdo, a divisão, a quantidade do trabalho e a qualificação do trabalhador. Nesse contexto, destacou-se o documento-relatório resultante do diagnóstico da situação dos laboratórios de cito-histopatologia que dão apoio à rede básica de saúde. O documento resulta de reunião técnica realizada pelo Ministério da Edu-

cação e Cultura (MEC), em 29 de setembro de 1988, em Brasília, com a participação de membros do Ministério da Saúde, representantes da SBC e dos citotécnicos do Rio de Janeiro, para debater a regulamentação da profissão. Foram definidas as diretrizes curriculares mínimas, as atribuições do processo de trabalho e a formação de monitores. O parecer n. 353, de 14 de abril de 1989, foi publicado pelo MEC enfatizando a atuação do citotécnico no controle do câncer do colo do útero e da mama (Brasil/MEC, 1989).

Outras iniciativas de regulamentação profissional foram retomadas naquela década de forma mais consistente, como o Registro em Cartório de Títulos e Documentos do Estado do Rio de Janeiro da fundação da Associação dos Citotecnologistas do Rio de Janeiro em 22 de setembro de 1988. A Associação mostrou a intenção de congregar interesses educativos, científicos e profissionais, contudo não obteve autonomia necessária para desencadear o processo de profissionalização.

Décadas de 1990-2011: novos rumos para a reconfiguração do trabalhador técnico em citologia

Segundo Ramos (2011) e Wermelinger (2007), no referente à trajetória da educação profissional brasileira na década de 1990, o Estado assume a função de subsidiar os planos de educação profissional. A publicação da LDB n. 9.394 em 1996 incorpora o Ensino Médio como última etapa da educação básica, ganhando caráter de terminalidade. São mencionadas três modalidades de formação para técnicos: educação profissional, educação de jovens e adultos e educação especial.

A formação de técnicos de nível médio continuou associada aos economicamente desfavorecidos, e a insatisfação pessoal e social levou os técnicos que tinham condições econômicas a cursarem o nível superior. Desse modo, a desvinculação era uma necessidade para poder privatizar a educação profissional, já que o Ensino Médio, mesmo livre à iniciativa privada, era de responsabilidade do Estado.

Em 1997, o MEC publica o decreto n. 2.208 que separa o Ensino Médio da educação profissional, permitindo apenas a matrícula concomitante a este. Nesse sentido, a lógica da formação humana orientada pelo princípio do trabalho, que possibilita à classe trabalhadora a com-

preensão científica, tecnológica, sociocultural da produção, é reduzida à questão didática curricular.

Em 2004, houve um avanço histórico com a instituição do decreto n. 5.154 que revogou o decreto n. 2.208/97 recuperando a possibilidade de integração do Ensino Médio ao profissional. Com a retomada do investimento no setor produtivo do país, os trabalhadores de nível médio voltaram a ser necessários ao modelo de desenvolvimento capitalista, acarretando um processo de mudança orientado para a valorização da educação profissional.

Os processos de transformação e inovação tecnológica das últimas décadas e a incorporação de avanços tecnológicos ao SUS produziram modificações importantes nas práticas médicas, nos processos diagnósticos e terapêuticos, na produção industrial e nas formas de organização e prestação de serviços de saúde (Albuquerque & Cassiolato, 2000). Tais aspectos se aproximam do que Villavicencio (1992) e Crivellari e Melo (1989) acenaram em relação ao avanço tecnológico e às interferências nos processos de trabalho.

Nos documentos avaliados de meados da década de 1990 até 2011 foram identificadas importantes mudanças nos processos de trabalho do técnico de citologia que se expressaram de forma reducionista diferentemente das ocorridas nas décadas de 1960 a 1980. Os trechos dos documentos que sugerem essa suposição são os seguintes:

(...) para um laboratório de qualidade eram necessários o ‘adestramento’ dos citotécnicos e citopatologistas. (Brasil/MS/SAS/Inca, 2002)

(...) A introdução de citotécnicos nos programas de rastreamento é recomendável, já que permite a realização de um número maior de exames, com menores custos, mantendo-se o padrão de qualidade. (Brasil/MS/SAS/Inca, 2002)

(...) Auxilia e executa atividades padronizadas de laboratório – automatizadas ou técnicas clássicas – referentes aos exames microscópicos e avaliação de amostras de tecidos e células, utilizados no diagnóstico de tumores e lesões. Opera e zela pelo bom funcionamento do aparato tecnológico de laboratório de saúde. Em sua atuação é requerida a supervisão profissional pertinente, bem como a observância à impossibilidade de divulgação direta de resultados. (Brasil/MEC, 2008)

Em relação à formação, o nome do curso citopatologia foi incluído em 2008, por ocasião da publicação do *Catálogo de Cursos Técnicos* do MEC (2008). A reorganização dos cursos técnicos no catálogo teve como objetivo orientar as instituições de ensino, entidades de classe e estudantes na escolha dos cursos, bem como a formulação de políticas, planejamento e avaliação dessa modalidade de educação profissional.

Na conjuntura do trabalho, foi observado que esse trabalhador não possui regulamentação profissional, fator este que fragiliza o trabalho desse técnico. É importante esclarecer que esse fato ocasiona um descompasso entre o título do diploma de formação e a ausência de registro desse trabalhador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em decorrência da falta de regularização junto à *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO).

Outro aspecto encontrado nos documentos analisados foi um crescente número de categorias profissionais implicadas no processo de trabalho do técnico de citologia. Nas décadas de 1960 a 1990, as categorias implicadas no processo de trabalho eram: citotécnico, funcionários administrativos, médicos citopatológicos, médicos anatomopatologistas, auxiliares de laboratório e histotécnicos (Quadro 1 – Apêndice). Em 2009, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), responsável pela formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, publica a portaria n. 3189 do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio em Saúde (Profaps), que, fundamentada nos princípios das políticas nacionais de educação e de saúde, apresenta diretrizes e orientações para a formação do técnico em citopatologia conjuntamente com o técnico de histologia (Brasil/MS, 2009). Porém, o que se destacou foi o hibridismo das atuações dos técnicos de nível médio em histologia e em citopatologia, desconfigurando os conteúdos, as especificidades, as quantidades de trabalho e as qualificações desses dois grupos de trabalhadores. Os conteúdos apresentados acenavam para uma formação voltada mais para o operacional e menos para conhecimentos e habilidades técnicas que permitem a esse técnico ser capaz de analisar amostras e emitir o laudo técnico.

Vale ressaltar que o principal ponto de distinção entre os técnicos de citopatologia e os de histologia é a análise do material com vistas à produção do laudo técnico citopatológico. Embora os técnicos de histologia convivam com uma demanda cada vez maior de conhecimentos variados e com a especialização dos procedimentos técnicos aos quais se relacionam, eles não são responsáveis pela análise das amostras preparadas. Embora esses profissionais possam trabalhar com amostras ‘semelhantes’, tanto os procedimentos de preparo das amostras quanto a natureza de sua análise é distinta, e é esta especificidade que caracteriza e distingue tanto suas práticas profissionais como, conseqüentemente, suas demandas formativas.

O hibridismo imposto pelas diretrizes e orientações para a formação descaracteriza o citotécnico atribuindo a ele competências e habilidades do técnico de histologia. Estes trabalhadores convivem no mesmo espaço laboratorial, mas atuam de forma independente, pois seus objetos de estudo e suas técnicas são bastante distintas.

Correlacionando esses dados com as propostas de formação encontradas no *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* do MEC, com uma formação híbrida de técnicos de citologia e técnicos de histologia, com conteúdos mais operacionais, ficam claras para os pesquisadores algumas inquietações no estudo: caberá ao técnico de citologia uma atribuição mais operacional? Técnico? E aos demais profissionais não médicos (biólogo, biomédico e farmacêutico) caberá a leitura de amostras de exames citopatológicos e a emissão de laudo técnico? Estas são atribuições historicamente relacionadas ao técnico de citologia, ao passo que os laudos diagnósticos são de responsabilidade médica. Tais inquietudes requerem outras análises que serão trabalhadas em outras pesquisas.

A trajetória histórica da regulamentação profissional do técnico de citologia se caracteriza por um processo denominado, por Giradi, Fernandes e Carvalho (2000), ocupação fracamente regulamentada, ou seja, definida por currículos mínimos de formação que lhes dão o direito a um certificado ou diploma. A ausência de regulamentação da profissão do técnico de citologia favorece a vulnerabilidade em suas atribuições, que vêm sendo construídas ao longo dos anos através das diretrizes apresentadas em manuais e normas ministeriais, das provas de suficiência em citotecnologia da SBC, das tentativas de construção de diretrizes

curriculares e dos conteúdos presentes nos currículos das poucas escolas que formam esse técnico no país.

Outra iniciativa de mudar o cenário de trabalho precarizado devido à ausência da regulamentação profissional ocorreu em 2009 com a criação da Associação Nacional de Citotecnologistas (Anacito) que mantém em funcionamento núcleos e delegações em todo o território brasileiro, contando também com parcerias internacionais: é uma entidade civil, científica, de direito privado, sem fins lucrativos, em âmbito nacional, com prazo de duração indeterminado, e tem como objetivo congregando cientificamente os citotecnologistas com formação de nível médio ou superior, ou que exerçam tal atividade, estudantes e demais interessados em atividades na área da citotecnologia.

Conclusão

Compreender os processos de constituição histórica e social do técnico em citologia e seus reflexos na qualificação desses trabalhadores remeteu-nos a uma expressão: “olhos de quem quer ver”. Essa frase foi utilizada ao longo dos anos nas aulas de uma docente, nos cursos técnicos em citologia da Escola da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia da Divisão de Patologia do Inca. A frase não está relacionada apenas a uma habilidade técnica (análise de exame citopatológico) desse trabalhador, mas também remete à ideia de ‘ver’ a complexidade e a multidimensionalidade que envolvem o trabalhador técnico em citologia.

Analisando o histórico no processo de qualificação do técnico em citologia, traduzido neste estudo como aspectos da constituição histórica, social, formação e da regulamentação profissional, pode-se constatar, na análise dos documentos, que este profissional surge a partir de uma demanda de política de saúde para o controle do câncer do colo do útero. A necessidade de formação do técnico levou à articulação do Ministério da Saúde com o MEC, que publicaram documentos oficiais criando a habilitação do técnico em citologia, definindo o seu campo de atuação e as escolas especializadas para a formação.

Vimos que apesar da longa trajetória para a qualificação desse grupo, o processo de profissionalização não foi consolidado pelo Estado, pelos gestores, tão pouco houve reconhecimento social pela população,

sendo tais profissionais conhecidos somente pelos pares. Apesar do avanço tecnológico em saúde, ainda prevalece a necessidade de qualificar técnicos em citologia para o apoio diagnóstico de doenças benignas e malignas.

Este estudo mostra ainda que a ausência de regulação da profissão pelos órgãos competentes perpetua a condição de fragmentação do processo de trabalho do técnico com demais técnicos atuantes nos laboratórios. Os documentos definem o que é de exclusividade do técnico em citologia, mas a demanda atual de qualificação é de um técnico com uma formação ampla, híbrida com o técnico de histologia, o que descaracteriza as reais necessidades do sistema de saúde, que demanda a qualidade dos exames citopatológicos, exigindo do técnico de citologia um escopo de conhecimentos que não são típicos do trabalho em histologia.

Para suprir essa nova demanda de qualificação, uma parcela de técnicos pode buscar um ‘adestramento’ no cotidiano dos serviços; outros podem recorrer a cursos rápidos suscitando o mercado do conhecimento, e ainda há aqueles que buscam a hiperespecialização que os impede de ver o aspecto global de sua atuação. Porém, a discussão a respeito dessa questão implica a formulação de estudos longitudinais sobre os reflexos dessa parte da história do técnico em citologia.

Diante de tantos desafios, verificam-se ações estruturantes das políticas de educação e saúde com o objetivo de trabalhar de forma articulada para a qualificação de recursos humanos em saúde. Contudo, observou-se que a política de trabalho voltada para a regulação desse grupo foi inexistente, ficando a cargo da iniciativa de associação profissional que tem ainda um longo caminho a percorrer.

Referências

ALBUQUERQUE, E. da M. & CASSIOLATO, J. E. *As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. Belo Horizonte: Fesbe, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*, 2008. Disponível em: <http://catalogonct.mec.gov.br/et_ambiente_saude_seguranca/et_ambiente_saude_seguranca.php>. Acesso em: jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer n. 353 de 1989. Criação das habilitações profissionais de técnico em registros de saúde, técnico em equipamentos médico-hospitalares e técnico em citologia. Brasília: MEC, 1989. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cd004283.pdf>. Acesso em: 6 dez.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.189, 18 dez. 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). *Diário Oficial*. Brasília, 23 dez. 2009. Seção I, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Viva Mulher – câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e Ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro: Inca, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso: fev. 2013.

CRIVELLARI, H. M. T. & MELO, M. C. de O. Saber fazer implicações da qualificação. *Revista de Administração de Empresas*, 29(2): 47-62, 1989. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901989000200005.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

ESCOREL, S. & TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES J. R. & CARVALHO C. L. A regulamentação das profissões de Saúde no Brasil. *Espaço para Saúde*, 2(1): dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em: 29 fev.2012.

KEEBLER, M. C. & SOMBRACK, M. T. (Eds.). *Manual of Cytotechnology*. 7 ed. Chicago: American Society of Pathology, 1993.

MEDICAL CENTER ARCHIVES OF NEW YORK – PRESBYTERIAN WEILL CORNELL. *The George Papanicolaou Papers*. 2008. Disponível em: <www.med.cornell.edu/archives/pdf/personal_aids/Papanicolaou.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2011.

RAMOS, M. Educação profissional e ensino médio integrado no Brasil: um balanço das conquistas e reivindicações. *Revista Poli: Saúde Educação e Trabalho*, Ano II, 15: 4-9, 2011.

SHIROMA E. O. *et al.* Técnicas e procedimentos para a análise conceitual de documentos de política educacional. In: SHIROMA, E. O. (Org.). *A Linguagem da Reforma: metodologia para análise conceitual de documentos, auxiliada por computador*. Florianópolis: Departamento de Estudos Especializados em Educação, Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

TEIXEIRA, L. A. & FONSECA, C. O. (Coord.). *De Doença Desconhecida a Problema de Saúde Pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

VILLAVICENCIO, D. Por una definicion de la calificacion de los trabajadores. In: CONGRESSO ESPAÑOL DE SOCIOLOGIA ENTRE DOS MUNDOS, IV, 1992, Madrid. *Anais...* Madrid: Universidade Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1992. p. 1-9.

WERMELINGER, M. *Educação Profissional: o técnico da saúde em evidência*, 2007. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

XAVIER, F. E. História da citopatologia no Brasil. *Informativo Citopatologia*, 2002. Disponível em: <<http://www.citopatologia.org.br>>. Acesso em: 6 dez. 2011.

Arquivos utilizados

- Arquivos da Escola da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva do Ministério da Saúde (Inca/MS).
- Histórico do Curso de Formação de Citotecnologista da Escola de Citopatologia do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos do Instituto Nacional de Ginecologia Preventiva e Reprodução Humana (INGRH).
- Escola de Citopatologia do Instituto Nacional de Ginecologia e Reprodução Humana, 1976.

APÊNDICE

Sinopse dos documentos analisados com base nos temas relativos às políticas de saúde, educação e trabalho na conformação do técnico de citologia – 1930-2010

Temas	Caracterização do documento	Autor	Conceitos-chave relativos aos temas de análise
1930-1960			
Surgimento da profissão	Publicação oficial: Lei n. 5.026 de 14 de junho de 1966 que estabelece normas gerais para a instituição e execução de campanhas de saúde pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Decreto n. 61.968 de 22 de dezembro de 1967	Presidência da República: Humberto Castello Branco	A Campanha Nacional de Combate ao Câncer era voltada para a detecção precoce do câncer de colo do útero, mama, pele e cavidade bucal. Caracterizando-se pela formação de recursos humanos em especial os citotécnicos. Como exigência para o contrato de trabalho no § 1º versa: “Para o desempenho das atividades técnicas especializadas, comprovadamente essenciais ao desenvolvimento da campanha, o superintendente poderá admitir especialistas, verificados, previamente, os títulos comprobatórios da habilitação técnica e especializada dos candidatos”.

Surgimento da profissão	Registro institucional oficial: Histórico da Escola de Citopatologia do Instituto Nacional de Ginecologia Preventiva e Reprodução Humana	Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos da Fundação das Pioneiras Sociais. Rio de Janeiro. [1976]	Nos anos 40 o câncer foi incorporado na agenda da saúde pública e educação com a criação de unidades de tratamento da doença em todo o Brasil. Com a ampliação dos exames citopatológicos em massa e a carência de médicos citopatologistas, surgiu a necessidade de formação de técnicos visando à triagem do material citopatológico e possibilitando a participação do médico em apenas 10 a 30% dos casos examinados.
Educação profissional			Criação da 1ª Escola de Citotecnologistas na América Latina em 1968, com o objetivo de formar recursos humanos de apoio na área de prevenção do câncer ginecológico.
Formação profissional			O citotecnologista é um técnico especializado em citopatologia capacitado a realizar a seleção de esfregaços normais suspeitos ou positivos para câncer e para lesões pré-cancerosas.
Década de 1970			
Educação Profissional	Publicação oficial: Parecer n. 45/72, de 12 janeiro de 1972. Documenta 134. A qualificação para o trabalho no ensino de 2º grau. O mínimo a ser exigido em cada habilitação profissional.	Conselho Federal de Educação do Ministério da Educação e Cultura	O documento discute a integralidade das habilitações profissionais às ações de ensino para o crescimento econômico, pautada na integração dos elementos culturais e técnicos que tinham por muito tempo sido mantidos separados. Define a qualificação para o trabalho como o processo de preparar o jovem para as ações convenientes do crescimento produtivo, seja ele de criatividade, de multiplicação de ideias e projetos, de análise e controle, de administração e supervisão ou de execução manual e mecânica, tudo de acordo com as potencialidades e diferenças individuais dos educandos.

Educação profissional	Publicação oficial. Programa Nacional de Controle do Câncer, 6 de setembro de 1973	Presidência da república: General Emílio Médici	A implantação do programa se fez necessária para formar citotécnicos em nível de 2º grau para atender a extensa região geográfica do Brasil. O diretor da Divisão Nacional de Câncer, dr. João Sampaio Góes, solicitou ao ministro de Estado da Saúde, dr. Paulo de Almeida Machado, a oficialização das escolas e centros de treinamentos de citotécnicos em Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.
Regulação e regulamentação profissional	Publicação oficial institucional: Resolução 1.375, de 3 junho de 1975. Cria o cargo de citotécnico na categoria de nível médio no quadro de pessoal da Fundação Amaury Medeiros	Presidente da Fundação de Saúde: Amaury de Medeiros (Fusam)	O decreto oficializa a ocupação do citotécnico em nível do setor saúde da Fusam/PE.
Formação regulação e regulamentação profissional	Registro Institucional Oficial: Publicação dos Editais de Concursos de Especialização da Escola de Citopatologia do Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos (CPLGL) da Fundação das Pioneiras Sociais	Diretor do CPLGL: Arthur Campos da Paz Diretor de ensino: José Maria Barcellos 1974	A Divisão Nacional do Câncer, estabelecendo os padrões para o ensino de Citotecnologia (II Encontro de Debates sobre Controle do Câncer Ginecológico - 1973), considerou a Escola de Citopatologia do CPLGL como o padrão de ensino a ser recomendado. O documento menciona o reconhecimento pela Associação Médica Brasileira da especialidade médica em citopatologia, invoca aos órgãos governamentais a regulamentação oficial das carreiras de citopatologista e citotecnologista e relata os I e II Concurso para prova de suficiência para citotecnologistas em 1973 e 1974, respectivamente.
Formação profissional	Registro institucional oficial: Memorando da coordenadora da Escola de Citopatologia do CPLGL. Cópia autenticada em Cartório do 22º Ofício de Notas. Rio de Janeiro	Maria Helena Campos da Paz Machado – Citotecnologista: Data 5 de agosto de 1976	Solicitação de inclusão do resumo de trabalhos que serão apresentados por citotecnologistas membros do corpo técnico do CPLGL no VII Congresso Brasileiro de Citopatologia

Formação, Regulação e Regulamentação Profissional	Registro institucional oficial: Discursos proferidos em formatura da Sétima Turma da Escola de Citopatologia do CPLGL. 1976	Patrono: José Maria Barcelos Paraninfo: Nazaré Serra Freira Oradora da Turma: Safira de Meneses Torres	Os textos enfatizam a necessidade de um aprendizado e aprimoramento contínuos em citopatologia para o alcance da excelência profissional. Identifica o citotecnologista como um profissional que não se limita ao trabalho técnico, mas também aos conhecimentos intelectuais inerentes de um importante elemento da medicina daquela época. Menciona o ressentimento dos formandos pela falta de oficialização da profissão
Regulação e Regulamentação Profissional	Registro institucional oficial: Sociedade Brasileira de Citopatologia 3ª Circular do VIII Congresso Brasileiro de Citopatologia. 1978	Presidente do VIII Congresso Brasileiro de Citopatologia: dr. José Maria Barcellos. 13 março de 1978. Rio de Janeiro	Define que o concurso para citotecnologista é apenas da alçada da Sociedade Brasileira de Citopatologia. Sendo realizado anualmente e dentro das condições exigidas para o concurso, o citotécnico deverá apresentar o certificado ou declaração do Curso de Citotecnologia feito em escola ou centro de treinamento reconhecido por universidade ou entidade médica. No evento, ocorre a convocação de um representante de cada grupo de 100 citotecnologistas membros da SBC para participarem da assembleia da entidade.
Década de 1980			
Formação Profissional	Publicação oficial institucional: Minicartaz de chamada para o Curso intitulado: "Citopatologia Cérvicovaginal e Exames Preventivos – 1980 – Primeiros Passos". Turma Dulce Castellar	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro e Sociedade Brasileira de Citopatologia. 1980	Curso para médicos, biólogos, citotécnicos, acadêmicos e estudantes. O curso serve de iniciação para os principiantes e de revisão para os veteranos com carga horária de 24 horas.

<p>Educação Regulação e Regulamentação Profissional</p>	<p>Publicação oficial: <i>Manual de Laboratório Cito-histopatológico</i>. 1987</p>	<p>Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônicas -Degenerativas. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Divisão Nacional de Laboratórios de Saúde Pública</p>	<p>O documento-relatório resultou do diagnóstico da situação dos laboratórios de cito-histopatologia que dão apoio à rede básica de saúde. Identificou as responsabilidades de trabalho do citotécnico e os requisitos educacionais necessários para a sua atuação profissional.</p>
<p>Educação regulação e regulamentação profissional</p>	<p>Publicação oficial de Associação: <i>Boletim Informativo da Associação dos Citotecnologistas do Estado do Rio de Janeiro</i></p>	<p>Diretoria da Associação Presidente: Diana Diniz Monteiro. 22 setembro de 1988</p>	<p>O documento resulta de reunião técnica realizada pelo MEC em Brasília com a participação de membros do Ministério da Saúde, representantes da SBC e dos citotécnicos do Rio de Janeiro para debater a regulamentação da profissão de citotécnico. O documento cita tópicos das diretrizes curriculares e de formação de monitores.</p>
<p>Educação Regulação e Regulamentação Profissional</p>	<p>Publicação oficial de Associação. <i>Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Citopatologia</i>, 15. 1988</p>	<p>Sociedade Brasileira de Citopatologia</p>	<p>Comunica que a dra. Nacyr R. Pereira participou nos dias 29 e 30 de setembro de 1988 do grupo de trabalho para a elaboração de proposta para a criação e aprovação, junto ao Conselho Federal de Educação, da habilitação do citotécnico.</p>
<p>Educação, regulação e regulamentação profissional</p>	<p>Publicação oficial de Associação: Ata da Assembleia Geral Extraordinária dos Citotecnologistas do Estado do Rio de Janeiro realizada em 22 de setembro de 1988.</p>	<p>Secretária geral da Associação: Regina Célia Ferreira da Costa</p>	<p>O objetivo da associação é congregar com interesses educativos, científicos e profissionais os citotecnologistas do estado do Rio de Janeiro. O estatuto vigente exige que para ser sócios devam apresentar certificado de conclusão de curso regular de formação ou certificado de aprovação de suficiência ministrado pela SBC com aval de citopatologista-membro da referida sociedade. O documento formaliza os citotécnicos como uma profissão regulada por sociedade médica.</p>

Regulação e regulamentação profissional	Publicação Oficial de Associação: Registro em Cartório de Títulos e Documentos do Estado do Rio de Janeiro a fundação da Associação dos Citotecnologistas do Rio de Janeiro	Associação dos Citotecnologistas do Rio de Janeiro 19 outubro 1988 Presidente: Diana Diniz Monteiro	Comunica para todos os fins de direitos que foram registrados no Cartório de Registro de Títulos e Documentos do Estado do Rio de Janeiro, os atos constitutivos de fundação da Associação dos Citotecnologistas do Estado do Rio de Janeiro, fundada em vinte e dois de setembro de 1988.
Educação regulação e regulamentação Profissional	Publicação oficial: Parecer n. 353 de 14 de abril de 1989	Conselho Federal de Educação do Ministério da Educação	Define o currículo mínimo para a habilitação do técnico em citologia (citotécnico) e atribuições do processo de trabalho
Década de 1990			
Formação Profissional	Publicação oficial: Instituição do Programa de Controle de Câncer (Pro-Onco) em substituição da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. 1990	Ministério da Saúde	A coordenação técnico-administrativa do Programa era feita pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), tendo as ações de prevenção e controle do câncer estruturadas em duas linhas de trabalho: educação e informação sobre o câncer
Formação Profissional	Publicação em periódico institucional: Incorporação do laboratório e da Escola da Seção Integrada de Citotecnologia (Sitec) da Fundação das Pioneiras Sociais ao Inca, em 1991	Coordenador de Programa de Controle de Câncer: dr. Evaldo de Abreu. <i>Revista Brasileira de Cancerologia</i> , v. 43, n. 4, 1997.	A Sitec do Inca formou, até o ano 1991, 308 citotécnicos para diversos estados brasileiros
Formação Profissional	Publicação oficial de Associação: Autoteste para Citotecnologistas. XIII Congresso Brasileiro de Citopatologia. Rio de Janeiro, 1991	Associação de Citotecnologistas do Estado do Rio de Janeiro	O documento apresenta o teste teórico-prático com comentários sobre as respostas corretas realizados por citotécnicos coordenadores após a aplicação do teste
Formação Profissional	<i>Manual of Cytotechnology Chapter I: ethics.</i> Trad. Maria Helena Campos da Paz Machado. Coordenadora da Escola de Citopatologia do Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos da Fundação das Pioneiras Sociais.	American Society of Clinical Pathologists. Catherine M. Keebler, Theresa M. Somrak. <i>The Manual of Cytotechnology.</i> 7. ed. Chicago, 1993.	O documento traduzido era utilizado como material didático para os alunos da Escola do CPLGL e posteriormente da Escola da Sitec. Isto se deve ao fato de no Brasil não existir publicações sobre o código de ética dos citotecnologistas

Formação Profissional Processo de Trabalho	Publicação oficial: Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. 1996/1997	Ministério da Saúde/Inca	O documento foi baseado no quadro histórico e epidemiológico e incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, em 1995. O governo brasileiro, por meio do Inca/MS, decidiu desenvolver um Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, chamado de Programa Viva Mulher. O Programa apresentou cinco etapas fundamentais: o recrutamento da população-alvo, a coleta do material para o exame de Papanicolaou, o processamento desse material no laboratório de citopatologia, o tratamento dos casos diagnosticados e a avaliação. Para desenvolver o Programa foi constituído um Comitê Central, que estabeleceu as regras políticas e administrativas em conjunto com as autoridades da saúde dos respectivos estados e municípios; um Comitê Executivo, para gerenciar o desenvolvimento global do programa, fornecendo suporte aos projetos-piloto (cinco cidades e um estado) para o cumprimento das atividades de acordo com os modelos e cronogramas estabelecidos, e cinco Comitês Locais, para coordenar o desenvolvimento do Programa no âmbito local.
Décadas 2000 e 2010			
Formação Profissional	Publicação oficial: Portaria GM2.439 de 8 de dezembro de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Oncológica	Ministério da Saúde. Saraiva Felipe	A portaria evidencia a necessidade de ampliação da cobertura dos exames citológicos e com isso busca a formação de recursos humanos na área de citotecnologia.

<p>Educação regulação e regulamentação profissional</p>	<p>Documento transcrito da I Jornada Internacional de Citotecnologista: Tema Central “Citotecnologista: da formação à atuação no controle do câncer”, em 12 a 14 de 2009.</p>	<p>Inca. Coordenação de Educação. Área de Ensino Técnico</p>	<p>O evento buscou discutir as questões da ordenação da formação do citotécnico e a regulamentação da profissão. No evento foi a Associação Nacional de Citotecnologistas (Anacito) que pode fundar e manter em funcionamento núcleos e delegações em todo o território brasileiro e internacional. Trata-se de uma entidade civil, científica, de direito privado, sem fins lucrativos, em âmbito nacional, com prazo de duração indeterminado, tendo como objetivo congregar cientificamente os citotecnologistas com formação de nível médio ou superior, ou que exerçam tal atividade, estudantes da área e demais interessados em atividades na área da citotecnologia.</p>
<p>Educação profissional</p>	<p>Publicação Oficial: Portaria n.3. 189 de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps)</p>	<p>Ministério da Saúde: José Gomes Temporão Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde: Milton Arruda Martins</p>	<p>A portaria define as diretrizes e estratégias para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde, observando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico estabelecidas pelo MEC, conforme o parecer n. 16/1999, a resolução n. 04/1999 e o decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004. No art. 5º diz que “Terão prioridade na formulação e execução técnico-pedagógica dos cursos do Profaps as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, como um componente para seu fortalecimento institucional e pedagógico”. A partir da portaria foram elaboradas as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico em Citopatologia.</p>

<p>Educação profissional</p>	<p>Publicação oficial institucional: 5º Termo Aditivo ao Convênio nº 225 de 2005 celebrado entre Fiocruz e Inca, visando à cooperação científica entre as partes</p>	<p>Inca e Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. <i>Diário Oficial da União</i>, Seção 3, nº 115, 16 de junho de 2011. DF.</p>	<p>O convênio de cooperação científica tem como finalidade o desenvolvimento do Curso de Formação de Nível Técnico em Citopatologia com vigência até 15 de novembro de 2015.</p>
------------------------------	--	---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Processo de Qualificação dos Técnicos em Análises Clínicas no Brasil: primeiras aproximações

Bianca R. Veloso

Flávio Henrique Marcolino da Paixão

O Técnico em Análises Clínicas: ambiente e processo de trabalho

O técnico em análises clínicas é um profissional com formação técnica de nível médio, cuja habilitação pode ser obtida a partir de cursos concomitantes ou subsequentes ao Ensino Médio regular, em escolas da rede pública ou privada. Com a certificação nessa área e o registro no Conselho Federal de Farmácia (CFF), o profissional pode exercer sua função em laboratórios de análises clínicas, também chamados de laboratórios de diagnóstico, biodiagnóstico e de patologia clínica.

Os laboratórios de análises clínicas são caracterizados pela prestação de serviço destinado à análise de amostras de paciente,¹ com a finalidade de oferecer apoio ao diagnóstico e terapêutico, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.

A etapa pré-analítica se refere à fase que se principia com a solicitação da análise, passando pela obtenção da amostra e finda ao se iniciar a avaliação propriamente dita. A etapa analítica está relacionada ao conjunto de operações, com descrição específica, utilizadas na realização das análises de acordo com determinado método. A etapa pós-analítica é a fase posterior à obtenção de resultados válidos das análises e é concluída com a emissão do laudo para a interpretação do solicitante (ANVS, 2005).

Na coleta do material biológico, o profissional deve se orientar pelo pedido do exame que deverá ser solicitado pelo médico e, dependendo da sua complexidade, até mesmo pelo enfermeiro ou fisioterapeuta. É feita então a identificação do material coletado e este segue

¹ Parte do material biológico de origem humana utilizada para análises laboratoriais (ANVS, 2005).

para a análise (Campanelli, 2006). Destacamos a importância da coleta do material biológico, que deve ser realizada com alguma cautela, pois, segundo Campanelli (2006: 33), “a quantidade de material coletado e o tipo de material deve ser levado em consideração e verificado de forma adequada, para que não ocorra qualquer alteração, afetando assim o resultado final do exame”.

A análise do material biológico a partir de uma amostra de tecido ou fluido constituinte do organismo humano deve ser feita com instrumentos laboratoriais, dispositivos empregados na execução de uma tarefa analítica, como por exemplo o microscópio. Consiste em examinar a amostra, descrevendo a metodologia utilizada e transcrevendo o diagnóstico, findando, assim, a análise. Segundo Campanelli (2006), o resultado da análise dá origem ao laudo que deverá ser conferido e assinado por um profissional de ensino superior: o médico patologista clínico, o biólogo, o biomédico, o bioquímico ou o farmacêutico.

As etapas analítica e pós-analítica são igualmente importantes, pois fornecem dados sobre o estado do paciente e auxiliam na identificação do diagnóstico clínico, no monitoramento do tratamento e no prognóstico, de acordo com Silva (2004).

A importância social do trabalho técnico em análises clínicas está associada, sobretudo, à precisão do resultado do exame, questão fundamental no processo de trabalho deste profissional. Segundo Silva (2004), o resultado é geralmente usado para a escolha de um tratamento e para a decisão sobre a conduta clínica que melhor favoreça as necessidades de saúde do paciente. Silva destaca dois elementos importantes que devem ser considerados nessa etapa: a responsabilidade e a competência técnico-científica. Além disso, segundo Molinaro, Caputo e Amendoeira (2009), a questão da segurança é um importante coeficiente de garantia do bom funcionamento do sistema laboratorial e perpassa todas as etapas do processo de trabalho, portanto as etapas de coleta, de análise do material biológico e de obtenção do resultado da análise.

O processo de trabalho desse profissional, assim como todos os elementos (responsabilidade, competência técnico-científica e segurança) que perpassam as suas etapas não devem ser naturalizados. É preciso compreender que todas as profissões e as atividades por elas realizadas estão associadas a um contexto social, político e econômico e que se

constituíram historicamente ao longo dos anos. Como, por exemplo, a profissão do técnico de análises clínicas, influenciada inclusive pelo avanço tecnológico observado na ciência e na tecnologia médicas, impactando significativamente não somente na maneira como os exames são realizados, promovendo um aumento quantitativo de análises de material biológico, como também na velocidade e na precisão em que os resultados são disponibilizados. As técnicas, hoje, consideradas tradicionais, segundo Xavier e Barros (2005), vêm sofrendo sucessivos aprimoramentos, permitindo o crescimento da automatização,² com ganhos em termos de precisão e reprodutibilidade dos resultados.

De acordo com Campanelli (2006), podemos perceber que os resultados dos exames são obtidos muito rapidamente, o que não acontecia antigamente. Hoje, nos laboratórios de diagnóstico, há uma estrutura informatizada e de máquinas de ponta altamente especializadas que aceleram todo o processo de trabalho, ou seja, o laboratório de hoje é muito diferente dos que se instituíram anos atrás; mudanças na sua organização, na sua estrutura e na sua concepção ocorreram e vieram acompanhadas da introdução da informática e de computadores de última geração.

Entretanto, essa nova formatação no âmbito laboratorial e consequentemente na profissão dos trabalhadores ligados ao trabalho em laboratório, não ocorreu de forma isolada das mudanças no mundo do trabalho nos últimos anos. A inserção de novas tecnologias e de novos modelos de produção, como o de “flexibilização” (Harvey, 1992), a partir da década de 1970, substituiu o modelo produtivo fordista/taylorista³ até então dominante.

Essa “flexibilização” não está relacionada apenas ao modo de produção, mas também ao modo de contratação da mão de obra, pois se movimenta no sentido de reduzir o número de trabalhadores com vínculo formal e de “empregar cada vez mais uma força de trabalho que

2 Desenvolvimento de equipamentos e estações de trabalho onde os aparelhos realizam grande número de exames, retirando do técnico a autonomia do preparo de soluções, reagentes e até mesmo a leitura. Muitas vezes, nesse contexto, cabe ao técnico ‘somente apertar um botão’ para que o trabalho seja feito, gerando uma dependência cada vez maior da tecnologia.

3 O fordismo/taylorismo se caracterizou principalmente pela fragmentação das tarefas, pela separação entre o pensar e o fazer e pelo controle do tempo de execução das atividades no interior da fábrica (Harvey, 1992).

entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas ficam ruins” (Harvey, 1992: 144). A saúde como área profissional se insere nesse contexto de precarização do vínculo de trabalho, não só atingindo os profissionais de nível técnico como os de nível superior.

Além desse aspecto, outro igualmente importante se refere à nova composição da divisão técnica do trabalho, que determinou modificações qualitativas e quantitativas na estrutura da demanda de força de trabalho, sob o impacto das alterações do processo produtivo em saúde e das mudanças tecnológicas (Girardi, 1986).

Referente à formação desse profissional, observamos que, atualmente, o *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* (CNCT), elaborado em 2012, é o documento mais atualizado e que apresenta o currículo e a denominação oficial desse trabalhador (técnico em análises clínicas). Entretanto, como podemos observar no quadro a seguir (Quadro 1), no âmbito da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), não há uma unidade no que diz respeito à nomenclatura utilizada para designar esse técnico, ou seja, são oferecidos cursos com diversas denominações diferentes:

Quadro 1 – Curso técnico em análises clínicas no âmbito da RET-SUS

Estado	Escola	Termo utilizado
RJ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio	Análises Clínicas
MG	Centro de Educação Profissional e Tecnológica / Escola Técnica de Saúde Unimontes	Análises Clínicas
AM	Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra	Análises Clínicas
DF	Escola Técnica de Saúde de Brasília	Análises Clínicas
PA	Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres	Análises Clínicas
MS	Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão	Análises Clínicas
AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	Análises Clínicas

TO	Superintendência da Escola Tocantinense do SUS	Análises Clínicas
PI	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez	Biodiagnóstico
PR	Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha	Biodiagnóstico
SP	Centro Formador de Pessoal para Saúde de São Paulo	Patologia

Fonte: RET-SUS, 2012.

Essas e outras questões nos motivaram a buscar compreender o processo de qualificação desses trabalhadores, sendo esta a questão central que justifica este estudo. Para isso, procuramos identificar a constituição histórica e social desse grupo; verificar a existência de regulamentação profissional, de apontamento dos órgãos que regulam esse trabalho; e, por fim, compreender como a formação profissional desse técnico vem se desenvolvendo nos últimos anos.

Constituição Histórica e Social dos Técnicos em Análises Clínicas

O surgimento do trabalhador técnico em análises clínicas está diretamente relacionado aos laboratórios de diagnóstico. Historicamente, esses laboratórios surgiram a partir da metade do século XIX, em decorrência do progresso da medicina e das áreas de microbiologia, citologia e bioquímica. É nesse período que a prática de coletar e analisar material para exames laboratoriais se oficializa como método auxiliar de diagnósticos médicos (Silva, 2004).

No Brasil, a implementação de políticas públicas na área da saúde passa a ganhar força no contexto do movimento republicano de redefinição do papel do Estado, movimento fundado nos princípios liberais de individualidade, liberdade, igualdade, propriedade e democracia (Rizzotto, 1999), surgindo assim os primeiros laboratórios de análises clínicas. Segundo Klein (2003), o primeiro laboratório na então capital do Brasil em 1899, Rio de Janeiro, passava pela chefia do renomado médico brasileiro Oswaldo Cruz.

O século XIX no Brasil foi, sobretudo, marcado por uma série de mudanças econômicas, como o fortalecimento das exportações de café, açúcar e algodão e o conseqüente crescimento urbano e comercial, o surgimento de uma mentalidade industrial e a necessidade de construção de ferrovias, portos, fábricas e estaleiros (Vicentino, 1997).

Todas essas mudanças promoveram uma modernização conservadora de caráter elitista, um desenvolvimento do capitalismo industrial e ao mesmo tempo um acirramento da exclusão social. Apesar de tais mudanças resultarem em um aumento na capacidade produtiva, tecnológica e mercadológica, não buscavam um desenvolvimento econômico independente, mantendo a economia brasileira atrelada à ordem capitalista internacional.

Entretanto, o acelerado crescimento urbano e a conseqüente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida propiciaram a proliferação de doenças infectocontagiosas, agravando o péssimo quadro de saúde já existente. Tal situação contribuiu para que, nos primórdios da República, a saúde pública aparecesse como preocupação do governo, estabelecendo assim os princípios da ‘nova ordem republicana’, que defendia a universalização de certos benefícios, como a saúde e a educação.

Nesse período, Oswaldo Cruz introduzia no Brasil um novo ramo da ciência, a microbiologia, que surgira em Paris em 1888, através do cientista Louis Pasteur. Os estudos nessa área promoveram uma radical mudança internacional na medicina laboratorial, período em que se assiste ao crescimento da regulamentação de laboratórios de análises clínicas e congêneres, segundo Klein (2003).

É nesse contexto que surge a criação do Conselho de Saúde Pública em 1890, a regulamentação do Laboratório de Bacteriologia em 1892, do Instituto Sanitário Federal e do Laboratório Municipal de Bromatologia em 1894,⁴ da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897, do Laboratório de Análises Clínicas na Policlínica Geral do Rio de Janeiro em 1897 e do Instituto Soroterápico Municipal em 1900 (Klein, 2003; Rizzotto, 1999).

Nesses laboratórios, trabalhavam profissionais de ensino superior e práticos de laboratório, alguns sem reconhecimento profissional. Os práticos de laboratório, como aponta Pronko (2011), aprendiam as téc-

⁴ Que, segundo Murito (2006), passou, em 1906, a se chamar Laboratório Municipal de Análises Clínicas e consolidou-se, em 1920, como Laboratório Bromatológico do Rio de Janeiro assim permanecendo até a década de 1960.

nicas do trabalho mediante o acompanhamento do trabalho médico e de outros práticos e/ou no treinamento em serviço.

A progressiva extinção dos práticos de laboratório e, ao mesmo tempo, o surgimento de trabalhadores técnicos em saúde, segundo Pronko (2011: 65), ocorreram também por conta da “criação de conselhos profissionais responsáveis pela fiscalização do exercício profissional – organizados, na sua maioria, pelos profissionais de nível superior”.

Com a criação do CFF em 1960, fica instituída a subordinação do técnico em análises clínicas aos Conselhos Regionais de Farmácia (CRF’s). Com isso, torna-se compulsória a sua inscrição para que este técnico possa exercer suas atividades profissionais (Brasil, 1960). Segundo Pronko (2011), a criação dos conselhos profissionais responsáveis pela fiscalização do exercício profissional acarretou a progressiva subordinação legal dos trabalhadores técnicos.

Conselhos Profissionais

No Brasil, as atividades de análises clínicas estão ligadas a distintos conselhos, como o CFF, o Conselho Federal de Biologia (CFBio), o Conselho Federal de Química (CFQ) e o Conselho Federal de Biomedicina (CFBM).

A lei n.3.820 de 1960, que criou o CFF, em seu artigo 14, instituiu que o profissional de farmácia deveria se inscrever nos CRF’s para exercer sua atividade profissional, assim como profissionais técnicos em análises clínicas, como podemos observar na alínea “a” do artigo 14:

Art. 14 - Em cada Conselho Regional serão inscritos os profissionais de farmácia que tenham exercício em seus territórios e que constituirão o seu quadro de farmacêuticos.

Parágrafo Único. Serão inscritos, em quadros distintos, podendo representar-se nas discussões, em assuntos concernentes às suas próprias categorias:

- a) os profissionais que, embora não farmacêuticos, exerçam sua atividade (quando a lei o autorize) como responsáveis ou auxiliares técnicos de laboratórios industriais farmacêuticos, laboratórios de análises clínicas e laboratórios de controle e pesquisas relativas a alimentos, drogas, tóxicos e medicamentos;

b) os práticos ou oficiais de farmácia licenciados. (Brasil, 1960: 3)

Em 1977, a partir da resolução n. 138, o CFF alterou o texto que se referia ao quadro de profissionais não farmacêuticos:

Art. 1º - Os oficiais de farmácia simples e os oficiais de farmácia provisionados ou licenciados pelo decreto 20.877, de 30.12.1931; lei 1.472, de 20.11.1951; lei 3.820, de 11.11.1960; lei 4.817, de 20.10.1965, e lei 5.991, de 17.12.1973, serão inscritos no Quadro II - Não Farmacêuticos.

Art. 2º - Serão ainda inscritos no Quadro II os responsáveis ou auxiliares técnicos

autorizados ao exercício de atividades farmacêuticas pela alínea 'a' do parágrafo único do artigo 14 da lei 3.820/60, inclusive os portadores de diplomas ou certificados de conclusão de curso de 2º grau que lhes assegure a condição de profissionais de farmácia. (CFF, 1977)

A partir dessa resolução, além dos técnicos de laboratórios industriais farmacêuticos, técnicos de laboratórios de análises clínicas, técnicos de laboratórios de controle e pesquisas relativas a alimentos, drogas, tóxicos e medicamentos, dos práticos ou oficiais de farmácia licenciados, também foram considerados 'não farmacêuticos', os oficiais de farmácia simples e os provisionados, assim como técnicos autorizados ao exercício de atividades farmacêuticas.

Em 1997, o CFF, através da resolução n. 311, complementou as normas sobre a inscrição e averbação dos profissionais no conselho e especificou as atividades realizadas no âmbito do laboratório de análises clínicas. Além disso, definiu três terminologias utilizadas na resolução: inscrição, averbação e âmbito profissional:

I. Inscrição: É a transcrição de dados dos auxiliares técnicos de laboratórios de análises clínicas, em cadastro ou livro próprio dos Conselhos Regionais de Farmácia;

II. Averbação: É a transcrição de novos dados na inscrição dos auxiliares técnicos de laboratório de análises clínicas em cadastro ou livro próprio dos Conselhos Regionais de Farmácia para controle, fiscalização e concessão de atribuições profissionais específicas;

III. Âmbito Profissional: É a descrição da ocupação e tarefas típicas a serem realizadas pelos auxiliares técnicos de laboratórios de análises clínicas. (CFF, 1997)

Essa resolução (CFF, 1997) também trouxe um detalhamento acerca do técnico em análises clínicas, do seu quadro profissional no CFF e de suas atividades profissionais:

Art. 2º - os auxiliares técnicos de laboratórios de análises clínicas estão sujeitos à inscrição nos Conselho Regionais de Farmácia no quadro de não farmacêuticos, preenchidos os requisitos dos regimentos internos destes Conselhos.

Parágrafo único. São auxiliares técnicos, devidamente reconhecidos por curso técnico de 2º grau, conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação;

Art. 3º - As inscrições obedecerão a ordem numérica estabelecida nos conselho Regionais de Farmácia e serão fixadas conforme o Quadro de Inscrição da categoria IIA - Auxiliares Técnicos de Laboratório de Análises clínicas. (CFF, 1997)

Além disso, essa resolução trouxe elementos de reconhecimento da habilitação (a partir de curso profissionalizante de 2º grau – atualmente o técnico de nível médio), de certificação (sendo obrigatória a obtenção de diploma de técnico de laboratório de análises ou de patologia clínica) e de âmbito profissional:

Art. 24 - os auxiliares técnicos de laboratórios de análises clínicas sob a direção técnica e a supervisão do farmacêutico bioquímico deverão realizar as atividades de caráter técnico, tais como:

- a) coleta de material empregando técnicas e instrumentação adequadas para testes e exames de laboratório;
- b) manipular substâncias químicas para preparo de soluções e reagentes;
- c) preparar as amostras, para realização de exames;
- d) orientar as atividades da equipe auxiliar, executando as técnicas e acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos para garantir a integridade física e fisiológica do material coletado e exatidão dos exames e testes laboratoriais;

- e) proceder à utilização de técnicas para limpeza, secagem e esterilização de material;
- f) documentar as análises realizadas, registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos;
- g) conhecer, montar, manejar, calibrar e conservar aparelhos simples, verificar seu funcionamento, solicitar instruções sob os mais complexos ao seu supervisor;
- h) proceder ao levantamento de material revisando a provisão bem como requisição dos mesmos;
- i) obedecer às normas estabelecidas para controle de qualidade e biossegurança. (CFF, 1997)

Entretanto, como está descrito anteriormente, o artigo 24 da resolução de 1997 especificou as atividades do auxiliar técnico de laboratórios de análises clínicas somente quando este está sob a supervisão do farmacêutico bioquímico, o que gera uma restrição em relação aos auxiliares técnicos que trabalham sob a supervisão de outros profissionais de ensino superior; logo, para estes, ainda não existe nenhuma orientação específica de suas atividades laborais. A resolução menciona também que o auxiliar técnico de laboratório de análises clínicas não pode assinar laudos e assumir a responsabilidade técnica por laboratórios de análises clínicas. Esta norma deixa clara a separação entre a função do profissional técnico de nível médio o profissional de ensino superior.

Em 2002, o CFF aprovou a resolução n. 375 que deu uma nova redação aos artigos 3º, alínea “b”; 5º, 17, “caput”, 24, alínea “b” e 25 da resolução n. 311 de 1997. Os artigos 3º e 17 da resolução n. 375/2002 apresentaram a inclusão do termo ‘assemelhado’ ou ‘equivalente’, respectivamente, para designar outras habilitações congêneres ao auxiliar técnico de laboratório de análises clínicas. Outro ponto que merece destaque é que o artigo 24 da resolução retirou do texto a expressão ‘manipular substâncias químicas’, mas não alterou o sentido da frase assim expressa originalmente: ‘manipular substâncias químicas para preparo de soluções e reagentes’, como podemos observar no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Comparativo entre as resoluções n. 311/1997 e n. 375/2002

Resolução n. 311/1997	Resolução n. 375/2002
(Art. 3º; alínea “b”) - Para inscrição é preciso: “ter diploma, ou certificado de curso técnico de 2º grau comprobatório de atividade de auxiliar técnico de laboratório de análises ou técnico de patologia clínica devidamente autorizado por lei”;	(Art. 3º; alínea “b”) - Para inscrição é preciso: “ter diploma, ou certificado de curso técnico de 2º grau comprobatório de atividade de auxiliar técnico de laboratório de análises ou técnico de patologia clínica devidamente autorizado por lei <i>ou equivalente</i> ”;
(Art. 17) – “Aos auxiliares técnicos de laboratório de análises clínicas, técnicos em patologia clínica será entregue uma carteira profissional numerada e anotada na respectiva entidade contento: (...)”.	(Art. 17) – “Aos auxiliares técnicos de laboratório de análises clínicas, técnicos em patologia clínica e <i>assemelhados</i> será entregue uma carteira profissional numerada e anotada na respectiva entidade contento: (...)”.
(Art. 24 – alínea “b”) – “manipular substâncias químicas para preparo de soluções e reagentes”.	(Art. 24 – alínea “b”) – “preparo de soluções e reagentes”.
(Art. 25 – Parágrafo único) – “É vedado ao técnico de laboratório de análises clínicas a assinatura de laudos bem como a assunção da responsabilidade técnica por laboratórios de análises clínicas, bem como os seus departamentos especializados inclusive nas unidades que integram o serviço público civil e militar da administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e demais entidades paraestatais;”.	(Art. 25 – Parágrafo único) – “É vedado ao <i>auxiliar</i> técnico de laboratório de análises clínicas e <i>assemelhados</i> , o exercício de qualquer cargo eletivo nos conselhos Federal e Regionais de Farmácia”.

Fonte: CFF, 1997, 2002 – grifos das autoras.

O artigo 25 da resolução n. 311, que indicava que “é vedado ao auxiliar técnico em análises clínicas e assemelhados, o exercício de qualquer cargo eletivo nos Conselhos Federal e Regionais de Farmácia” (CFF, 1997), ao ser substituído por um texto com outro teor, do artigo 25 da resolução n. 375, oculta a informação de que o técnico não pode assinar laudo, fator que consideramos relevante e que merece destaque para que não haja brechas na sua interpretação. Outra questão que levantamos é que, enquanto que no artigo de 1997 é expresso no âmbito do laboratório, no segundo artigo de 2002 se faz referência aos próprios conselhos.

Ou seja, a resolução n. 375/2002 deixa uma lacuna no que diz respeito à responsabilidade por assinar os laudos, que é restrita aos profissionais de ensino superior, conforme mencionado no artigo 25 da resolução n. 311/1997. Essas lacunas deixadas nas resoluções, ao tratar desse técnico, permitem maior liberdade por parte do mercado de trabalho e dos cursos de formação em análises clínicas ao desenhar o perfil desse profissional e até mesmo ao usar nomenclaturas aleatórias para designar esse trabalhador.

Em 2007, uma nova resolução (CFF, 2007) novamente dispôs sobre a inscrição nos conselhos regionais e de forma inédita apresentou a necessidade de consolidar as normas de inscrição dos profissionais farmacêuticos e não farmacêuticos. Expediu também novas normas referentes ao registro, ao cancelamento e à averbação de inscrição nos conselhos regionais. Entretanto, não apresentou nenhuma novidade no que diz respeito à organização do quadro de profissionais submetidos ao CFF. Essa resolução foi revogada pela resolução n. 521 de 2009 (CFF, 2009b), que é a última sobre os técnicos até 2012.

Em 2008, através da resolução n. 485 (CFF, 2008), é apresentada pela primeira vez, no âmbito do CFF, a necessidade de definir e unificar as terminologias da formação do técnico de nível médio que atua na área das análises clínicas. Essa resolução considerou os documentos oficiais acerca da legislação educacional brasileira, como a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, as *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico*, o CNCT e a *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), entre outras.

O Presidente do CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA,
no uso das atribuições que lhe são conferidas (...)

CONSIDERANDO a necessidade de definir e unificar as terminologias da formação do técnico de nível médio que atua na área das análises clínicas;

CONSIDERANDO a lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional;

CONSIDERANDO o decreto n. 5.154 de 23 de julho de 2004 que regulamenta o § 2º do artigo 36, e os artigos 39 a 41 a Lei n.9.394/96;

CONSIDERANDO resolução CNE/CEB n. 04/99, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico;

CONSIDERANDO a resolução n. 01/2005 que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o ensino médio e para a educação profissional técnica de nível médio às disposições do Decreto n. 5.154/04;

CONSIDERANDO o *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio do Ministério da Educação de junho de 2008*;

CONSIDERANDO a *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, versão 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego*;

CONSIDERANDO a RDC n. 302/05 da Anvisa;

CONSIDERANDO a resolução n. 464/2007 do Conselho Federal de Farmácia. (CFF, 2008 – grifo nosso)

Estes documentos tiveram de certa forma alguma influência na sua elaboração, inclusive na questão das múltiplas nomenclaturas destinadas a essa área técnica, pois é a partir dessa resolução que o profissional antes denominado auxiliar técnico de laboratório de análises clínicas passa a ser chamado de técnico de laboratório em análises clínicas:

Artigo 1º. Considera-se técnico de laboratório em análises clínicas, o auxiliar técnico em laboratório de análises clínicas a que se refere a alínea “a” do artigo 14 da lei n. 3.820 de 11 de novembro de 1960, tendo em vista as modificações ocorridas na legislação educacional do país no que diz respeito as terminologias dadas ao técnico de nível médio.

Parágrafo único. Para efeito desta resolução, são considerados também como técnico de laboratório em análises clínicas, os portadores de certificado de técnico em patologia clínica e técnico em biodiagnóstico, considerando as características similares de formação profissional de nível médio. (CFF, 2008 – grifo nosso)

Conforme exposto em linhas anteriores, a descrição das atividades do técnico já havia sido apresentada a partir da resolução n. 311/1997. Entretanto, a resolução n. 485/2008 redefine as atribuições desse profissional. O Quadro 3 expõe a comparação entre as duas resoluções:

Quadro 3 – Comparativo das atividades do técnico em análises clínicas por semelhança de conteúdo

Resolução n. 311/1997	Resolução n. 485/2008
a) Coleta de material empregando técnicas e instrumentação adequadas para testes e exames de laboratório;	a) Coletar o material biológico empregando técnicas e instrumentações adequadas para testes e exames de Laboratório de Análises Clínicas;
b) Manipular substâncias químicas para preparo de soluções e reagentes;	e) Auxiliar no preparo de soluções e reagentes;
c) Preparar as amostras para realização de exames;	d) Preparar as amostras do material biológico para a realização dos exames;
d) Orientar as atividades da equipe auxiliar, executando as técnicas e acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos para garantir a integridade física e fisiológica do material coletado e exatidão dos exames e testes laboratoriais;	f) Executar tarefas técnicas para garantir a integridade física, química e biológica do material biológico coletado;
e) Proceder à utilização de técnicas para limpeza, secagem e esterilização de material;	g) Proceder à higienização, limpeza, lavagem, desinfecção, secagem e esterilização de instrumental, vidraria, bancada e superfícies;
f) Documentar as análises realizadas, registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos;	i) Organizar arquivos e registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos;
g) Conhecer, montar, manejar, calibrar e conservar aparelhos simples, verificar seu funcionamento, solicitar instruções sob os mais complexos ao seu supervisor;	h) Auxiliar na manutenção preventiva e corretiva dos instrumentos e equipamentos do laboratório de análises clínicas;
h) Proceder ao levantamento de material revisando a provisão, bem como requisição dos mesmos;	j) Organizar o estoque e proceder ao levantamento de material de consumo para os diversos setores, revisando a provisão e a requisição necessária;

cont.

i) Obedecer às normas estabelecidas para controle de qualidade e biossegurança.	k) Seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade, ocupacional e ambiental;
	b) Atender e cadastrar pacientes;
	c) Proceder ao registro, identificação, separação, distribuição, acondicionamento, conservação, transporte e descarte de amostra ou de material biológico;
	l) Guardar sigilo e confidencialidade de dados e informações conhecidas em decorrência do trabalho.

Fonte: CFF, 1997, 2008.

Como podemos observar na alínea “a” das duas resoluções, o teor do conteúdo é o mesmo, com a única alteração sobre a especificação do material e do laboratório, na resolução n. 485/2008.

A alínea “b” da resolução de 1997 corresponde à alínea “e” da resolução de 2008; na primeira, o técnico podia manipular substâncias químicas ao passo que na resolução mais atual este fica restrito ao auxílio no preparo de soluções e reagentes. Contudo, se o técnico prepara soluções e reagentes, a manipulação de substâncias químicas já está prevista naturalmente no processo. Porém, o termo ‘auxílio’ faz parecer que o técnico não tem capacidade para preparar essas soluções sem o auxílio de um profissional de nível superior, mais especificamente do farmacêutico.

A alínea “d” da resolução de 1997 indica que o técnico deve orientar a equipe auxiliar; essa função não fica clara na sua correspondente, alínea “f” da resolução de 2008, apenas o de executar tarefas técnicas. Essas mudanças, apesar de sutis, desenham outro perfil profissional: no perfil da primeira resolução percebe-se que o profissional tinha um papel de apoio ao passo que na resolução de 2008, esse perfil deixa de existir formalmente nos serviços. Outro ponto importante a ser destacado diz respeito à introdução de mais três alíneas na resolução de 2008, referentes ao atendimento do paciente, transporte da amostra e sigilo dos dados trabalhado. Essas alíneas indicam a evolução das questões relativas à qualidade e à ética.

Além disso, o documento explicita que é vedado ao técnico em análises clínicas assumir a responsabilidade técnica pelo seu laboratório e postos de coleta, “pelos seus departamentos especializados, inclusive nas unidades que integram o serviço público civil e militar da administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e demais entidades paraestatais” (CFF, 2008), assim como pela assinatura de laudos.

Outra resolução do CFF que se refere aos técnicos em análises clínicas é a resolução n. 517/2009 (CFF, 2009a) que dispôs sobre a inscrição e carteira profissional. O documento não apresenta nenhuma novidade em relação ao anterior no que diz respeito à definição do técnico e suas denominações, apenas no que diz respeito às especificações de obtenção da carteira profissional.

No âmbito do CFBio, criado pela lei n. 6.684 de 1979, alterada pela lei 7.017 de 1982, regulamentada pelo decreto n. 88.438 de 1983, o profissional de ensino superior oriundo do curso de biologia pode obter a responsabilidade técnica dos laboratórios de análises clínicas. O documento foi aprovado através da resolução n. 12 de 1993 (CFBio, 1993) e estabelece que, para o registro, o profissional deve ter as disciplinas de: anatomia humana, biofísica, bioquímica, citologia, fisiologia humana, histologia, imunologia, microbiologia e parasitologia registradas em seu histórico. Dessa forma, o técnico em análises clínicas também pode ser supervisionado por um biólogo, uma vez atendidas as determinações anteriormente mencionadas.

No âmbito do CFQ, criado em 1956, através da lei n. 2.800, de 18 de junho, a resolução n. 99 de 1986 dispôs da inscrição e do registro nos Conselhos Regionais de Química pelos técnicos de laboratórios, como podemos verificar na citação a seguir:

Art. 1º - Fica criada através desta RN a categoria de técnico de laboratório.

Art. 2º - Para exercer as atividades de técnico de laboratório, devem registrar-se nos termos da Lei no 2.800/56 aqueles que:

I - Tenham concluído curso de técnico de laboratório de 2º Grau em escola autorizada ou reconhecida pelo MEC.

II - Sejam portadores de documento de habilitação específica, expedido por instituição de ensino estrangeira e revalidado na forma da legislação vigente.

III - Mesmo sem habilitação específica tenham sido regularmente admitidos e estejam em comprovada atividade em laboratório no serviço público na data da publicação desta resolução.

Parágrafo Único - Os profissionais abrangidos pelo inc. III ao solicitarem seu registro no CRQ, deverão comprovar admissão e efetivo exercício da função técnica laboratorial e demais exigências do CRQ.

Art. 3º - O exercício da atividade de técnico de laboratório deve ser supervisionado por profissional da química, de 3º Grau, ou técnico químico e compreende:

a) a manipulação de reagentes e produtos químicos e execução de análises químicas, físico-químicas, biológicas, bromatológicas, toxicológicas no âmbito laboratorial;

b) a operação e a manutenção de equipamentos e instalações laboratoriais.

§ 1º - É vedado ao técnico de laboratório assumir responsabilidade técnica de qualquer natureza. (CFQ, 1986)

O profissional a que se referiu esta resolução estava habilitado a executar análises biológicas no âmbito laboratorial, como indica a alínea “a” do artigo 3º, atividade também realizada pelo técnico em laboratório de análises clínicas. Dessa forma, a partir do ano de 1986 o técnico em análises clínicas passou a ter a possibilidade de registro também neste conselho profissional, além do CFF. Esta resolução foi complementada pela resolução n. 102 de 1987 e depois pela resolução n. 128 de 1991, esta última com a seguinte redação:

Art. 1º - Os técnicos de laboratório enquadrados no inc. III da RN 99 com as alterações da RN 102 deverão ser registrados em CRQ sendo designados e identificados em seus registros por ‘*Técnicos provisionados em laboratório*’ e incluídos no 5º cadastro previsto no § 2º do art. 5º da RN 59, desde que estivessem em atividade na data de 31/12/86. (CFQ, 1991)

Os técnicos provisionados em laboratório, assim denominado a partir da resolução n. 128/1991, segundo a resolução n. 99/1986, eram profissionais egressos do curso de técnico de laboratório de 2º grau em escola autorizada ou reconhecida pelo MEC e poderiam executar análises biológicas. Todavia, em nenhum momento o conselho utiliza a denominação de técnico em análises clínicas, mas emprega uma terminologia genérica, que pode incluir esses técnicos de análises clínicas em seus quadros sem entrar, contudo, em conflito com o CFF.

No âmbito do CFBM, criado pela mesma lei que criou o CFBio, lei n. 6.684, de 3 de setembro de 1979, foi através da resolução n. 4 de 1986 (CFBM, 1986), considerando a conveniência de adequar a resolução n. 1 de 1986 às exigências de mercado e de se estabelecer, de forma clara e precisa, as atribuições do biomédico, que dispôs sobre as competências do biomédico em áreas de atuação diversas, entre elas, a de análises clínicas:

Art. 1º - A resolução n. 0001/86 passa a vigorar com a seguinte redação:

I – fixar a competência do biomédico nas áreas de:

a – Análises Clínicas (realizar análises, assumir a responsabilidade técnica e firmar os respectivos laudos).

b – Banco de Sangue (realizar todas as tarefas, com exclusão, apenas, de transfusão).

c – Análise Ambiental (realizar análises físico-química e micro-biológica para o saneamento do meio ambiente).

d – Indústrias (indústrias químicas e biológicas soros, vacinas, reagentes, etc...).

e – Comércio (assumir a responsabilidade técnica para as empresas que comercializam produtos, excluídos os farmacêuticos, para laboratório de análises clínicas, tais como: produtos de diagnóstico, químico, reagentes, bacteriológicos, instrumentos científicos, etc.).

f – Citologia oncótica (citologia esfoliativa).

g – Análises bromatológicas (realizar análises para aferição de alimentos). (CFBM, 1986)

Essa resolução também dispôs sobre a assunção pela responsabilidade técnica de laboratórios firmando os respectivos laudos ou pareceres. Essa condição foi posteriormente reforçada pela resolução n. 78 de 2002:

Art. 13º - O biomédico que exerça a Responsabilidade Técnica é o principal responsável pelo funcionamento do estabelecimento e terá obrigatoriamente sob sua supervisão a coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a eles ficam subordinados hierarquicamente (CFBM, 2002)

Apesar de as atividades em análises clínicas serem discutidas em vários conselhos, como mencionamos anteriormente, os assuntos relacionados aos técnicos em análises clínicas estão apenas no âmbito do CFF. O CFQ, mesmo tendo disposto da inscrição de técnico de laboratório – após a validação do CNCT (2009, 2012) que consolidou a formação de técnico em análises clínicas, antes denominado técnico de laboratório pelo parecer n. 45 de 1972 do CFE –, não alterou a formação e a nomenclatura desse profissional, presumindo-se que o CFQ não trata mais do técnico em análises clínicas, mas somente do técnico de laboratório químico.

Sociedades Científicas e Tentativas de Regulamentação

As sociedades científicas ligadas às atividades de análises clínicas são: a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (Sbac) e a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML). A Sbac foi criada em 1967, e é uma entidade científica profissional, sem fins lucrativos, que tem o objetivo de:

(...) desenvolver a especialidade de análises clínicas e os laboratórios clínicos; acompanhar as necessidades da população para receber uma atenção primária de saúde com melhor qualidade, e divulgar as mudanças tecnológicas no âmbito laboratorial e a conseqüente nova demanda por profissionais especializados. (Sbac, 2012)

Seu reconhecimento foi fortalecido após o I Congresso Brasileiro de Análises Clínicas, em 1971 (Sbac, 2012). Por sua vez, a SBPC/ML foi criada em 1944 e define a patologia clínica dessa forma:

especialidade médica que executa e interpreta provas prope-
dêuticas, aplicando técnicas químicas, físicas, físico-químicas,
biológicas e morfológicas, em pacientes ou, principalmente,
em materiais biológicos tendo como objetivo, isolado ou múl-
típlo, diagnosticar ou afastar doença, estagiar a fase evolutiva
da moléstia, evidenciar o prognóstico, monitorar a terapêutica
e verificar a presença de fatores de risco. (SBPC/ML, 2012)

A SBPC/ML aponta que é através do campo da patologia clínica que se fortalece o processo de identificação de doenças e de tratamen-
to para elas. Os exames laboratoriais fornecem informações ao médi-
co, proporcionando-lhe os meios necessários para atuar na prevenção,
diagnóstico, tratamento, prognóstico e acompanhamento das enfermi-
dades em geral. Para atingir esse propósito, o médico depende, essen-
cialmente, da rapidez, precisão e qualidade dos resultados fornecidos
pelo laboratório. Para isso, é de extrema importância a eficiência dos
profissionais que nele trabalham, tanto os de ensino superior quanto os
de nível médio.

De acordo com a SBPC/ML, os laboratórios brasileiros dispõem
de instrumentos iguais aos utilizados em países mais desenvolvidos. A
Sociedade garante também que os laboratórios clínicos são um dos se-
tores que mais evoluem na medicina atualmente, onde a cada dia são
observadas novas descobertas sobre marcadores de doenças, possibi-
litando o início de tratamento precocemente ou mesmo a prevenção.
Expõe que o patologista clínico é o médico especialista em medicina la-
boratorial, cuja titulação é obtida através do cumprimento dos critérios
técnicos por ela estabelecidos.

Com o propósito de assegurar a qualidade de todas as etapas ou
processos envolvidos nos serviços oferecidos pelos laboratórios clíni-
cos, a SBPC/ML criou, em 1998, o Programa de Acreditação de Labo-
ratórios Clínicos (Palc), que tem o objetivo de oferecer maior confiança
aos usuários através do Certificado de Acreditação, entregue aos labora-
tórios que cumprem os requisitos estabelecidos pelo Programa. Com os
processos de Acreditação é possível verificar se o laboratório atende às
instruções de preparo adequado do paciente para a coleta; de transporte
de material a ser analisado; de calibração e manutenção de equipamen-
tos; de pureza da água reagente; de cuidados com manipulação e esto-

cagem de reagentes e de procedimentos operacionais padronizados para realização de cada exame (SBPC/ML, 2012).

É importante ressaltar que ambas tanto a Sbac quanto a SBPC/ML são representativas primordialmente dos profissionais de nível superior, que são os responsáveis técnicos e em grande parte donos de laboratórios. Os técnicos não possuem uma representação específica que lute por seus direitos e pelas melhorias das suas condições de trabalho.

Em relação à regulamentação da profissão do técnico em análises clínicas, três projetos de lei (PL) foram apresentados na Câmara dos Deputados, mas não foram aprovados e não encontramos o motivo da reprovação de todos, mas identificamos seus autores. São eles: projeto de lei n. 2.974/83, de autoria do deputado Gustavo de Faria; projeto de lei n. 5.302/90, de autoria do deputado Assis Canuto; e projeto de lei n. 1.977/91, de autoria do deputado Edison Fidelis.

O PL n. 2.974/83 foi apresentado em 1º de dezembro de 1983 e arquivado em 5 de abril de 1989, três anos após o parecer do relator Waldomiro Dantas que apresenta algumas propostas de retificação. O PL originalmente expôs o seguinte texto:

Art. 1º - É livre, em todo o Território Nacional o exercício das profissões de técnico e de auxiliar de técnico em patologia clínica, observadas as condições de capacidade estabelecidas nesta lei.

Art. 2º - São atribuições do técnico de patologia clínica:

I - conduzir a execução técnica dos trabalhos de sua especialidade;

II - proceder às análises e pesquisas em laboratórios onde exerçam atividades no campo da hematologia, parasitologia, bacteriologia, bioquímica, imunologia e histopatologia, sob a supervisão de técnico de nível superior;

III - desenvolver as seguintes atividades nos laboratórios referidos no item anterior

a) realizar análises e trabalhos técnicos que lhe sejam confiados;

b) orientar e coordenar a execução dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações;

- c) administrar e controlar almoxarifados e depósitos de material e utensílios de reposição;
- d) preparar reativos qualitativos e quantitativos para as análises programadas;
- e) elaborar fichários de técnicas adotadas nos laboratórios;
- f) elaborar tabelas, curvas e estatísticas de trabalhos realizados; (...)

Art. 4º - O exercício da profissão de técnico em patologia clínica é privativo:

I - dos portadores de diploma de nível médio expedido por Escola de Formação de Técnico em Patologia Clínica oficial ou reconhecida pelo Ministério de Educação e Cultura;

II - dos que, após conclusão de curso de 2º grau, tenham-se habilitado ao exercício da profissão, através de exame de suficiência promovido por uma das Secretarias de Educação dos Estados;

III - dos portadores de diploma de curso de 2º grau que, à data da publicação desta lei, venham exercendo há mais de 02 (dois) anos sob qualquer denominação profissional, os trabalhos definidos nesta lei e que possuírem certificado de habilitação técnica nas matérias constantes do item II do art. 2º, relativo a curso de, no mínimo, 300 (trezentas) horas-aula, promovido por técnico habilitado e registrado no Serviço de Fiscalização da Medicina, ou órgão equivalente ou por profissional de nível superior da área de patologia clínica;

IV - dos técnicos de nível médio, habilitados através de cursos realizados no exterior, que apresentem os seus diplomas revalidados no Brasil, de acordo com a legislação vigente;

§ 1º - Os profissionais que, à data de publicação desta lei já estiverem exercendo as atividades enumeradas no art. 2º há mais de 02 (dois) anos terão, a partir dessa mesma data, o prazo de 01 (um) ano para se submeterem ao exame de suplência referido no item II deste artigo;

§ 2º - se a Secretaria de Educação do Estado onde o profissional exerce suas atividades não promover o exame de suplência previsto no parágrafo anterior dentro do prazo ali estabelecido;

do, este será prorrogado até que o referido exame seja realizado; (...)

Art. 6º - As remunerações iniciais dos técnicos em patologia clínica e dos auxiliares de técnico em patologia clínica não poderão ser inferiores, respectivamente, a 2/3 (dois terços) do salário profissional estabelecido para os médicos e a 2/3 (dois terços) do salário dos técnicos em patologia clínica.

Art. 7º - É assegurado aos profissionais de que trata esta lei o direito à aposentadoria especial referida no art. 9º da lei n. 5.890, de 08 de junho de 1973, após 25 (vinte e cinco) anos de serviço;

Art. 8º - A duração normal do trabalho dos profissionais de que trata esta lei será de 04 (quatro) horas diárias ou 20 (vinte) horas semanais para os técnicos, e de 06 (seis) horas diárias ou 36 (trinta e seis) horas semanais para os auxiliares. (Câmara dos Deputados, 1983)

O referido PL tratou das atividades, descreveu a formação necessária para designar-se técnico em patologia clínica, fixou o percentual da remuneração, a carga horária semanal de trabalho e determinou seus direitos previdenciários. Contudo, o relator Waldomiro Dantas argumentou que o parecer mostra algumas imperfeições e que caberiam algumas correções:

1 - A supervisão das atividades do técnico em patologia clínica, explicitadas no item II do artigo 2.º, deve ser da competência de profissional médico, quando se tratar de análises e pesquisas no campo da patologia clínica, citologia, anatomia patológica, imuno-hematologia e radio-isotopologia, para que se cumpra preceito legal. (Resolução CFM n. 813/77)

2 - As atribuições do técnico e do auxiliar de técnico em patologia clínica não são de sua exclusiva competência, podendo eventualmente ser exercidas pelos profissionais de nível superior da área correspondente ('Quem pode o mais pode o menos').

3 - As remunerações iniciais (artigo 6º) devem ser estabelecidas em piso próprio, não atrelados ao piso salarial de outra categoria profissional. Aliás, o salário dos trabalhadores da área de saúde está definido na lei 3.999/81.

4 - A jornada especial de trabalho dos técnicos e dos auxiliares de técnico em patologia clínica (artigo 8º), para a qual não se encontra qualquer argumento na Justificativa do Projeto, deve ser aquela que permita apenas um vínculo empregatício. Considerando-se que certos exames laboratoriais demandam mais de 4 horas para sua realização, a operacionalidade dos laboratórios de análises seria prejudicada com curtas jornadas de trabalho. Assim, a jornada de trabalho dos técnicos e auxiliares de técnicos em patologia clínica, a exemplo do que ocorre com os demais trabalhadores brasileiros, deve ser de 8 (oito) horas diárias.

5 - A aposentadoria especial, tratada no artigo 7º, privilegia a recém-criada categoria profissional (Câmara dos Deputados, 1983)

O segundo PL foi apresentado em 6 de junho de 1990 e arquivado em 2 de fevereiro de 1991. O terceiro foi apresentado em 1991, analisado em 15 de junho de 1992 pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP), que solicitou apresentação de emendas até o dia 23 de junho de 1992. Tais emendas não foram apresentadas pelo autor do PL. Em 6 de novembro de 1992, o autor solicitou a retirada do projeto da pauta. Desde 1992 até os dias atuais, nenhum PL foi novamente apresentado.

Podemos concluir que a definição das atividades profissionais do técnico em análises clínicas sempre esteve no âmbito dos conselhos e não do Congresso Nacional, através de lei. Entretanto, o exercício profissional não foi estabelecido pelos conselhos, de forma imutável, pois foram atualizadas as atividades profissionais do técnico em análises clínicas através de resoluções periódicas, tendo em vista a mutabilidade do mercado de trabalho e dos cursos de formação, presumindo-se que, sob a ótica dessas entidades, as profissões devem permanentemente adaptar-se ao mercado de trabalho. Com isso, a categoria dos técnicos em análises clínicas, apesar de atuar em setor de grande responsabilidade e importância, está desamparada pela lei.

A ausência de normas legais sobre o exercício da profissão desses trabalhadores deixa brechas aos empregadores – aos laboratórios de análises clínicas – no que diz respeito à remuneração e à carga horária de trabalho desses profissionais, que podem proceder à contratação de téc-

nicos sob condições precárias de trabalho e de salários, tendo em vista a concorrência. Esses fatores podem influenciar no trabalho do técnico, pondo em risco a saúde da população, já que os trabalhadores submetidos à precarização podem colocar em situação vulnerável a segurança e a confiabilidade dos resultados dos exames realizados nesse setor de trabalho que é da mais alta responsabilidade.

Formação Profissional

Os anos de 1960 a 1980

A educação profissional em saúde foi permitida legalmente, no Brasil, a partir da lei 4.024 de 1961. Antes, o ensino técnico estava estruturado com base nas Leis Orgânicas de Ensino (Lima *apud* Pereira & Lima, 2009).

Na década de 1970, a partir da lei n. 5.692 de 1971, o ensino de 1º e 2º graus no país foi reformulado, atrelando compulsoriamente a terminalidade profissional ao último grau de ensino (Pereira & Lima, 2009).

Com base na lei n. 5.692/71, o MEC aprova, através do CFE e do parecer n. 45 de 1972 (Brasil, 1989), uma gama de habilitações técnicas em saúde em nível de 2º grau e seus respectivos currículos mínimos.

No parecer n. 45/72 (Brasil, 1989), a definição de habilitação profissional aparece como: “resultado de um processo por meio do qual uma pessoa se capacita para o exercício de uma profissão ou para o desempenho das tarefas típicas de uma ocupação” (Brasil, 1989: 80). E de currículo mínimo, como o “menor número de matérias cujo conteúdo proporcione ao educando, necessariamente, conhecimentos e habilidades que o capacitem para o desempenho de determinada ocupação” (Brasil, 1989: 80). Este parecer se estruturou da seguinte forma (Quadro 4):

Quadro 4 – Estrutura do parecer n. 45 de 1972 do CFE

INTRODUÇÃO
1. Tecnologia <i>versus</i> Humanismo?
2. Educação Geral e Formação Especial
3. As Habilitações Profissionais
4. Formação, em nível de 2º Grau, para o Magistério.
5. Os Objetivos
6. Normas para o Sistema Federal
7. Os Mínimos Exigidos
CONCLUSÃO
ANEXOS: A) Resolução
B) Glossário
C) Catálogo de Habilitações

Fonte: Brasil, 1989: 60.

Na introdução do parecer n. 45/72, apresentou-se a justificativa da necessidade de se regulamentar habilitações profissionais, com a menção de que a LDB, lei n. 4.024 de 1961, foi omissa, implícita e vaga no que diz respeito ao aspecto da habilitação para o trabalho.

No capítulo primeiro “Tecnologia *versus* humanismo?” o parecer defende que na nova lei (lei n. 5.692/71) foi dominante a insistência por uma educação mais técnica, o que não aconteceu na LDB de 1961. Pretender uma “educação mais técnica”, segundo o parecer n. 45/72, não significa romper com as tradições educacionais cristãs do Brasil; uma antinomia entre tecnologia e humanismo; uma redução do sentido formador e a substância espiritualista do trabalho do educador; uma tendência a fazer do aluno peça de uma máquina maior a serviço do desenvolvimento (tomado apenas em sentido material) do país.

Esse discurso da LDB de 1961 foi oriundo das ideias disseminadas nessa época, mais precisamente a partir da década de 1960, de investimento em setores sociais para a promoção do desenvolvimento econô-

mico, inspiradas na teoria do capital humano,⁵ de Theodore W. Schultz, reorientando a estratégia da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) que passa a preconizar o desenvolvimento integrado como instrumento de superação do subdesenvolvimento (Pereira & Lima, 2009).

O capítulo 2 do parecer n. 45/72 fez uma releitura da LDB de 1971, citando os artigos que tratam da organização estrutural dos ensinos de 1º e 2º graus, não cabendo trazê-lo para esta análise. O mesmo não acontece com o capítulo 3, do qual consideramos importante destacar a definição de qualificação para o trabalho, compreendendo-a como:

(...) processo de preparar o jovem para as ações convenientes ao trabalho produtivo seja ele de criatividade, de multiplicação de ideias e projetos, de análise e controle, de administração e supervisão ou de execução manual e mecânica, tudo de acordo com as potencialidades e diferenças individuais dos educandos. [Devendo ser] uma forma de experimentação e aplicação dos conhecimentos hauridos nos estudos e na pesquisa das artes, ciências e processos de comunicação, um método de plantar ciência para colher tecnologia progressiva e de cultivar tecnologia para colher técnicas modificáveis no tempo. (Brasil, 1989: 71)

O entendimento do conceito de qualificação apresentado no parecer n. 45/72 parte de uma perspectiva pragmática,⁶ de “preparar o jovem para as ações convenientes ao trabalho produtivo” (Brasil, 1989: 71) em detrimento de uma concepção ampliada de qualificação que a entende como relação social, como resultado e processo de um conjunto de regras socialmente produzidas, partilhadas e barganhadas (Guimarães, 2009).

⁵ Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais, mascarando os fundamentos reais que produzem esta desigualdade. A ideia embutida nessa noção é a de que países que investem mais no capital humano têm a chave para sair de sua condição de subdesenvolvidos para desenvolvidos, e os indivíduos têm maiores rendimentos futuros e ascensão social (Frigotto, 2009).

⁶ O contexto de criação da LDB de 1971 e dos pareceres do CFE é o da disseminação da concepção do capital humano, que reduz a educação a mero fator técnico da produção. Desse mesmo pensamento se originam as ideias tecnicistas da educação profissional que acabam por naturalizar as ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde, reduzindo formação profissional a meros treinamentos; conformando os trabalhadores à divisão técnica do trabalho em saúde; mantendo o ideário cientificista e tecnicista na área (Pereira *apud* Pereira & Lima, 2009).

Ainda numa perspectiva pragmática de educação, no capítulo 5 (“Os Objetivos”), o parecer n. 45/72 afirma que são objetivos da formação especial do ensino de 1º e 2º graus:

Situar convenientemente o aluno no espaço e no tempo, preparando-o para as necessárias projeções em áreas crescentes e, no futuro, mediante estudos e experiências sobre: espaço físico, recursos naturais, relações quantitativas, propriedades da matéria e sua transformação, origem, relação e evolução dos seres vivos, relação antecedente-consequente, causa-efeito, relações qualitativas, arte e cultura. No 2º grau, a educação deve sofrer os benéficos efeitos da técnica e do trabalho (...). No que se refere especificamente às habilitações profissionais no 2º grau, objeto deste parecer, poderiam reduzir-se a três os objetivos principais: a) autorrealizar-se, pelo exercício de discriminação de estímulos, compreensão de conceitos e princípios, solução de problemas e aferição de resultados, reestruturação de conhecimentos; b) afirmar-se individualmente, por meio de apreensão da realidade, seleção de experiências, críticas de informações, renovação de situações, invenção de soluções; c) agir produtivamente, mediante perícia no uso dos instrumentos de trabalho, domínio da tecnologia e das técnicas, aplicação de práticas relacionadas com a apropriação de custos benéficos. (Brasil, 1989: 77-78)

Os objetivos propostos pelo parecer apresentam uma concepção individualista, referente à autorrealização (item a) e afirmação individual (item b), e mercadológica em relação à noção de produtividade (item c) apontando para o domínio dos instrumentos de trabalho, das técnicas e da aplicação de práticas relacionadas à apropriação de custos e benefícios.

O parecer n. 45/72 deu origem à resolução n. 2 de 1972 do CFE que fixou os currículos mínimos a serem exigidos em cada habilitação profissional ou conjunto de habilitações afins no ensino de 2º grau. As habilitações profissionais obtidas mediante o cumprimento de currículos oficialmente aprovados e os respectivos diplomas ou certificados, devidamente registrados, conferiam direitos específicos de exercício das profissões aos portadores desses diplomas ou certificados.

Na terceira tabela do anexo C do parecer foi abordado o catálogo de habilitações. Dentre as habilitações apresentadas estava a do técnico de laboratórios médicos que deveria completar 900 horas de currículo

mínimo, formado pelas seguintes matérias profissionalizantes: “saúde pública, bioquímica, biotécnica, técnicas gerais, técnicas médicas e organização”. As habilitações afins, segundo o catálogo de habilitações, eram: “laboratorista de análises clínicas; auxiliar técnico de radiologia e auxiliar técnico de banco de sangue” (Brasil, 1989: 102).

O parecer n. 45/72 foi substituído pelo parecer n. 2.934 de 1975 do CFE, com isso a habilitação técnico de laboratórios médicos foi substituída pelas habilitações técnico em patologia clínica e técnico em histologia. Segundo o parecer n. 2.934/75, o nome laboratorista, utilizado em alguns cursos, gerava equívocos entre os profissionais de diferentes campos dessa atividade. O parecer mostrou que no campo da medicina, os nomes ‘laboratório’ e ‘laboratorista’ foram substituídos pelas denominações ‘análises’, ‘análises clínicas’, ‘análises médicas’, ‘pesquisas clínicas’ e por fim ‘patologia clínica’: “Esta última denominação já é consagrada por todas as entidades médicas oficiais brasileiras, ficando assim unificada toda a terminologia da especialidade, para caracterizar, inclusive, os profissionais que nela atuam” (Brasil, 1989: 148).

Além disso, o parecer redefiniu o currículo mínimo dessas habilitações; ampliou as indicações do parecer n. 45/72; incluiu o histórico, a descrição e as tarefas típicas dessas ocupações. Também acenou para a necessidade de conscientização a respeito das responsabilidades dessas habilitações na colaboração com o médico e para a importância da precisão de um exame cuja finalidade é facilitar a correta obtenção de um diagnóstico, visando à melhoria de um tratamento e à possível salvação da vida do paciente.

Quadro 5 – Tarefas típicas de cada habilitação profissional

Histologia	Dado um fragmento de tecido, preparar lâminas coradas por hematoxilina e eosina; dada uma secreção, preparar esfregação corada por método solicitado; dado um esquema de preparo de uma técnica especial, preparar soluções e corar lâmina utilizando a respectiva técnica.
Patologia Clínica	Colheita de material; execução de dosagens bioquímicas; exames sorológicos; exames bacterioscópicos; exames bacteriológicos e preparo de vacinas; preparo de reativos; exames hematológicos; documentação e arquivo de resultados de exames.

Fonte: Parecer, n. 2.934/75 *apud* Brasil, 1989: 148-150.

Como podemos observar no Quadro 5, as tarefas de cada habilitação profissional são diferentes. O técnico em histologia possui suas atribuições básicas conforme descrito. Hoje, para além dos cortes histológicos, o trabalho do referido profissional inclui novas técnicas associadas à evolução tecnológica da área. O técnico em patologia clínica realiza uma gama muito diferente de técnicas e análises a partir das amostras coletadas, pois está em busca de dados e parâmetros muito diferentes dos buscados pelos técnicos em histologia. Para confirmar as diferenças entre os procedimentos de cada profissional, veja no Quadro 6 um comparativo com as descrições das ocupações de cada um deles.

Quadro 6 – Comparativo das descrições das ocupações de técnico em patologia clínica e em histologia

Patologia clínica	Histologia
Colaborar em todas as tarefas técnicas e administrativas, com o tecnologista, com o patologista clínico e com o pesquisador universitário que atua no campo da saúde.	Cooperar nas atividades de ensino e pesquisa dentro de sua capacidade.
Participar e executar, junto ao tecnologista, a preparação de soluções e reativos e suas titulações; preparar meios de cultura, semear e repicar bactérias; proceder às microscopias.	Preparar soluções e reagentes.
Realizar colheitas, a seu alcance, sob supervisão de tecnologista e responsabilidade do patologista clínico, bem como colaborar nas colheitas que dependam de médicos; registrar e identificar amostras colhidas; preparar antígenos, alérgenos e vacinas.	Sem correlata.
Executar os exames de rotina, ao seu alcance, em patologia clínica.	Sem correlata.
Cooperar em aulas práticas e no treinamento de pessoal.	Sem correlata.
Documentar as análises realizadas, registrar e arquivar as cópias dos resultados dos exames; preparar dados para mapas diários e mensais para fins estatísticos.	Sem correlata.
Conhecer, montar, manejar, calibrar e conservar aparelhos simples; verificar seu funcionamento. Comunicar as falhas dos mais complexos à chefia imediata.	Conhecer os fundamentos do funcionamento e conservação da aparelhagem técnica empregada. Zelar pela sua conservação.

cont.

Coordenar, controlar, orientar e supervisionar as atividades de auxiliares e ajudantes de patologia clínica; distribuir as tarefas a estes pertinentes.	Executar e controlar a execução das atribuições dadas aos auxiliares.
Proceder levantamento de material, visando à previsão e provisão, bem como à requisição de material técnico e administrativo.	Sem correlata.
Sem correlata.	Executar preparação corada de líquido obtido por paracentese. Corte seriado de fragmento do tecido.
Sem correlata.	Conhecer os fundamentos das técnicas pertinentes à confecção de preparação anatomopatológica.
Sem correlata.	Fixar, incluir, cortar, corar e montar preparados histológicos.
Sem correlata.	Utilizar corantes e métodos especiais no preparo de lâminas, segundo solicitação do histologista e/ou do anátomo-patologista.
Sem correlata.	Preparar lâminas e blocos.
Sem correlata.	Preparar lâminas coradas de esfregaço dos líquidos e secreções.
Sem correlata.	Fixar, incluir, cortar, corar e montar preparados histológicos.

Fonte: Parecer n. 2.934/75 *apud* Brasil, 1989: 148-149.

O técnico em análises clínicas, como visto no Quadro 6, ocupa ainda o nicho de trabalho destinado ao desenvolvimento de pesquisas em seus laboratórios respectivos, uma vez que possui acúmulo de conhecimento nas técnicas básicas necessárias ao preparo de reagentes, noções de utilização de equipamentos comumente utilizados nesses ambientes. O hiato na regulamentação desses profissionais, no entanto, permite intersecções desses técnicos em alguns postos de trabalho.

O parecer n. 2.934/75 apresentou os conteúdos curriculares comuns às duas habilitações (análises clínicas e histologia) e para seus respectivos currículos específicos, como será observado no Quadro 7:

Quadro 7 – Conteúdo curricular

Conteúdo curricular	Técnico em Patologia Clínica	Técnico em Histologia
Parte comum	Fundamentos (Conhecimentos gerais pertinentes às habilitações propostas) Biologia Celular	
Parte específica	Microbiologia Parasitologia Imunologia Hematologia Bioquímica	Anatomia macroscópica e Microscópica Técnica Histológica

Fonte: Parecer n. 2.934/75 *apud* Brasil, 1989: 151.

Ao observarmos o conteúdo curricular, depreende-se que os saberes abordados na parte comum são próximos, por se tratarem de conhecimentos básicos para todos os trabalhadores da saúde. Para além de suas técnicas específicas, estes profissionais devem estar embasados por um saber integrado entre estas disciplinas, o que não é observado neste desatualizado parecer curricular. Os termos soltos e estanques na tabela não contemplam uma formação mais direcionada ao real contexto de trabalho destes profissionais.

Em suma, a abordagem história da configuração da legislação educacional no geral e do técnico em análises clínicas, em particular, nos permite concluir que as décadas de 1960 e 1970 foram fortemente marcadas por profundas transformações na LDB, influenciadas pelo contexto político e econômico e educacional de cada época.

No plano político e econômico, o conceito de capital humano colocou o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: “da força de trabalho – adquirida pelo capitalista – e de um capital adquirido por ele – quantidade de educação ou de capital humano. Em contrapartida, esse conceito reduziu a concepção de educação e, por extensão, a educação profissional a mero fator técnico da produção” (Pereira & Lima, 2009: 184).

No plano educacional, o conceito tecnicista incentivou a crença nas técnicas pedagógicas como instrumento para resolver problemas da formação técnica e de saúde da população, estabelecer análises lineares

e imediatas entre educação e mercado de trabalho em saúde, de modo a adequar a formação às necessidades desse mercado, reduzindo o ensino às tarefas do posto de trabalho: “contribuiu, em síntese, para a adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente, numa perspectiva economicista, instrumentalista, pragmática e moralizadora” (Pereira *apud* Pereira & Lima, 2009: 185).

Em contrapartida, na década de 1980, foi desenvolvendo-se uma ideia de educação que contribui para emancipar os trabalhadores em relação a uma ordem social e econômica excludente e alienada, que tende a transformar a saúde e a educação em uma mercadoria, e que tem como meta transformar a sociedade e tornar realidade o direito universal à saúde e à educação.

Os anos de 1990 a 2012

Na década de 1990, mudanças de cunho político-ideológico ocorreram no Brasil, em parte inspiradas pela reforma do Estado que passa a se orientar pelo ideário neoliberal. No âmbito da educação, do ponto de vista legal, uma nova LDB foi promulgada – lei n. 9.394 de 1996. A partir dela e do decreto n. 5.154 de 2004 a educação profissional em saúde passou a compreender a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior.

O currículo dos cursos técnicos, assim como as habilitações criadas a partir do parecer n. 45/72 foram atualizadas através das *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico*, documento instituído através da resolução n. 4 de 1999 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CEB/CNE).

Em 2008, a CEB/CNE instituiu a implantação do *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio* através da resolução n. 3. Esse documento incluiu a definição da carga horária mínima para cada um dos cursos constantes do *Catálogo*, bem como um breve descritor do curso, possibilidades de temas (a serem abordados), possibilidades de atuação dos profissionais formados e infraestrutura recomendada para a implantação do curso.

Em 2010, o Ministério do Trabalho publicou uma nova versão da CBO, publicada pela primeira vez em 2002 (Brasil/MTE, 2010). Como

a primeira versão da CBO não está mais disponibilizada no sítio eletrônico do Ministério do Trabalho, analisamos a segunda versão. Observamos que o documento descreveu a habilitação e as condições gerais de trabalho. Sobre a nomenclatura que designa o trabalhador técnico em análises clínicas, foi utilizada a denominação de técnico em patologia clínica. Entretanto, a seguir, a CBO apresenta as demais denominações que também podem designar este trabalhador: “analista de laboratório em análises clínicas; técnico de laboratório de análises clínicas; técnico de laboratório em patologia clínica; técnico de laboratório médico; técnico em análises clínicas” (Brasil/MTE, 2010: 543).

Em 2012, uma nova versão do CNCT, foi publicada, contendo 12 grandes áreas de atuação. Na saúde, o técnico em análises clínicas é apresentando como aquele que

auxilia e executa atividades padronizadas de laboratório – automatizadas ou técnicas clássicas – necessárias ao diagnóstico, nas áreas de parasitologia, microbiologia médica, imunologia, hematologia, bioquímica, biologia molecular e urinálise. Colabora, compondo equipes multidisciplinares, na investigação e implantação de novas tecnologias biomédicas relacionadas às análises clínicas. Opera e zela pelo bom funcionamento do aparato tecnológico de laboratório de saúde. Em sua atuação é requerida a supervisão profissional pertinente, bem como a observância à impossibilidade de divulgação direta de resultados. (Brasil/MEC, 2009: 16)

Portanto, podemos dizer que as definições do parecer n. 45/72 e do parecer n. 2.934/75 quanto às orientações para a educação profissional dos técnicos em análises clínicas foram superadas pelo CNCT publicado em 2009, revisado e atualizado em 2012. Entretanto, em relação à descrição das atividades desse profissional, não houve mudanças consideráveis. Com exceção da mudança na nomenclatura do técnico em análises clínicas, denominado pelo parecer n. 2.934/75 de técnico em patologia clínica, o CNCT (Brasil/MEC, 2009) não apresentou maiores novidades.

Mais recentemente, com o lançamento do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a saúde (Profaps), do Ministério da Saúde, o papel do técnico em análises clínicas no Sistema Único de

Saúde (SUS) passa a ser reconhecido como prioritário na área da educação profissional, com vistas à melhoria da atenção básica e especializada. Contudo, pelo Profaps, no âmbito das escolas técnicas do SUS, o curso técnico em análises clínicas está sendo executado somente em Roraima segundo a resolução n. 22, de 2010, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB, 2010), reforçando a necessidade de ampliação desse programa, em especial nessa área, estendendo a oferta de curso técnico em análises clínicas em outros estados brasileiros.

Considerações Finais

Pode-se dizer que o processo de conformação/constituição do trabalho técnico em análises clínicas acompanhou o amadurecimento da medicina e de alguns ramos da biologia. Dos laboratórios de análises e pesquisas aos atuais moderníssimos laboratórios de análises clínicas, o trabalhador de nível médio sempre teve sua importância no processo de trabalho, pois as atividades que este trabalhador executa estão relacionadas à precisão das análises obtidas.

No geral, o trabalho na área da saúde exige, sobretudo, extrema responsabilidade por parte das instituições e dos trabalhadores, pois é uma atividade que envolve a vida dos seres humanos. Mais especificamente, o exame clínico laboratorial define a vida do paciente, pois é a partir dele que o médico poderá conduzir o tratamento, quando este for pertinente e útil. O exame médico, que tem como base os dados obtidos nas análises clínicas pode revelar doenças incuráveis, doenças infectocontagiosas ou até mesmo apresentar a normalidade das funções fisiológicas daquele paciente.

Às atividades de análises clínicas estão ligadas diversas entidades profissionais, como conselhos e sociedades científicas, que procuram regular a formação, a responsabilidade técnica pelos laboratórios e as atividades dos profissionais de ensino superior. Entretanto, de todas as entidades relacionadas à prática de análises clínicas, apenas o CFF trata mais especificamente dos parâmetros relacionados à formação e às atribuições do profissional técnico de nível médio.

Diversas questões surgiram a respeito da subordinação do técnico em análises clínicas ao CFF, assim como questões sobre a proximidade des-

sas áreas. Tais questões indicam a necessidade de aprofundamento histórico sobre a relação entre a farmácia e as análises clínicas. Apesar do esforço empreendido nesta pesquisa, não foi possível aprofundar tais questões, tendo sido aqui apresentado apenas um retrato inicial no que diz respeito a este histórico sobre a relação entre a farmácia e as análises clínicas.

Concernente à formação profissional do técnico em análises clínicas, verificamos que no âmbito do CFE, com o advento da LDB de 1971, vários currículos mínimos foram aprovados. Foi nesse contexto que o técnico em análises clínicas – chamado na época de técnico em patologia clínica – passou a ter reconhecido o seu currículo mínimo e as suas formas de habilitação. A partir dos anos 2000, esses currículos, aprovados pelo extinto CFE dão lugar ao documento elaborado pelo MEC que consolidou o CNCT.

No que diz respeito ao papel desse grupo profissional no SUS, mais recentemente, a formação de técnicos em análises clínicas passou a fazer parte da agenda do Ministério da Saúde, através do Profaps. Reconhece-se, dessa forma, o papel desse trabalhador como prioritário no âmbito da educação profissional do SUS, com a finalidade de suprir a demanda por diagnósticos de doenças infecciosas e não infecciosas.

Por fim, como observado no decorrer do capítulo, o processo de qualificação do trabalhador técnico em análises clínicas, no Brasil, esteve ligado ao contexto de implementação de políticas de saúde, de formação e de atuação dos trabalhadores técnicos em saúde. Apesar de constatar-mos que existem formas de regulamentação atribuídas a esse profissional, identificamos uma lacuna no que diz respeito à regulação de aspectos relacionados ao salário, à carga horária, às formas de contratação, entre outras questões muito caras às categorias profissionais, já que é na ausência desses parâmetros que o mercado de trabalho define tais questões de acordo com sua lógica, suas demandas e suas necessidades.

Portanto, apesar de já termos conseguido compilar dados preciosos para a compreensão da constituição desse grupo e de sua identidade profissional, estamos certos que não foi possível responder a todas as questões que surgiram ao longo dessa pesquisa, e por isso, nossas considerações finais também caminham no sentido de explicitar o quão se faz necessário maior aprofundamento a respeito de alguns aspectos específicos do nosso objeto de estudo.

Referências

ANVS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 302 de 13 out. 2005. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento de laboratórios clínicos. Brasília, 2005. Disponível: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19176&word=>> Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Lei n. 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Brasília 11 nov. 1960. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3820.htm>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. *Currículos Mínimos de 2º Grau das Habilitações Profissionais: saúde*. Brasília, Uberlândia: MEC, Universidade Federal de Uberlândia, 1989. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002799.pdf>. Acesso em: 14 mar.2011.

BRASIL. *Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos*. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília: MEC, 2009. Disponível em <http://catalogonct.mec.gov.br/et_ambiente_saude_seguranca/t_analises_clinicas.php>. Acesso em: 26 abr. 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: MTE, 2010. Disponível em <www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 26. abr. 2011.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 2.974, de 1983. Dispõe sobre o exercício das profissões de técnico e de auxiliar de técnico em patologia clínica. Brasília: Câmara dos Deputados, 1983. Disponível em <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=208484>. Acesso em: 25 ago. 2012.

CAMPANELLI, E. F. *As Políticas Educacionais e os Requisitos Necessários para a Formação do Profissional Técnico em Análises Clínicas*, 2006. Dissertação de Mestrado. Paraná: Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

CFBIO. Conselho Federal de Biologia. Resolução n. 12 de 1993. Aprova a regulamentação da responsabilidade técnica em análises clínicas. Brasília: CFBio, 1993. Disponível em: <www.cfbio.gov.br/resolucoes>

cfbio/101-resolucao-cfbio-no-12-de-19-de-julho-de-1993>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFBM. Conselho Federal de Biomedicina. Resolução n. 4 de 1986. Fixa a competência do biomédico em diversas áreas. Brasília: CFBM, 1986. Disponível em: <www.cfbiomedicina.org.br/resolucoes.php>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFBM. Conselho Federal de Biomedicina. Resolução n. 78 de 2002. Dispõe sobre o Ato Profissional Biomédico, fixa o campo de atividade do Biomédico e cria normas de Responsabilidade Técnica. Brasília: CFBM, 2002. Disponível em: <www.cfbiomedicina.org.br/resolucoes.php>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 138 de 1977. Dispõe sobre o registro no Quadro II- Não farmacêuticos – dos profissionais que enumera. Brasília: CFF, 1977. Disponível em <www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/138.pdf >. Acesso em: 25 out. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 311 de 25 de junho de 1997. Dispõe sobre a inscrição, averbação e âmbito profissional do auxiliar técnico de laboratório de análises clínicas, e dá outras providências. Brasília: CFF, 1997. Disponível em: <www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/311.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2011.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 375 de 2002. Dá nova redação aos artigos 3º, alínea “b”; 5º, 17, “caput”, 24, alínea “b” e 25, todos da Resolução n. 311/97. Brasília: CFF, 2002. Disponível em <www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/375.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 464 de 2007. Dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação no Conselho Regional de Farmácia, e dá outras providências. Brasília: CFF, 2007. Disponível em <www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/464.pdf >. Acesso em: 25 out. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 485 de 21 de agosto de 2008. Dispõe sobre o âmbito profissional de técnico de laboratório de nível médio em análises clínicas. Brasília: CFF, 2008. Disponível em: <www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res485_2008.pdf >. Acesso em: 22 maio. 2012.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 517 de 2009. Dispõe sobre a inscrição e carteira profissional do técnico de nível médio e assemelhados, e dá outras providências. Brasília: CFE, 2009a. Disponível em <www.cfe.org.br/userfiles/file/resolucoes/517.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 521 de 2009. Dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Brasília: CFE, 2009b. Disponível em <www.cfe.org.br/userfiles/file/resolucoes/521.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFQ. Conselho Federal de Química. Resolução n. 99 de 1986. Cria a categoria de Técnico de Laboratório. Brasília: CFQ, 1986. Disponível em: <www.cfq.org.br/rn/RN99.htm>. Acesso em: 25 out. 2012.

CFQ. Conselho Federal de Química. Resolução n. 128 de 1991. Dispõe sobre o registro de técnicos de laboratório em CRQ's. Brasília: CFQ, 1991. Disponível em: <www.cfq.org.br/rn/RN128.htm>. Acesso em: 25 out. 2012.

CIB. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução n. 22, de 27 de agosto de 2010. Roraima: CIB, 2010. Disponível em: <www.saude.rr.gov.br/ci-besau/arquivos/resolucoes/2010/resolucaocib2010_0022.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

FRIGOTTO, G. Capital humano. In: PEREIRA, I. B. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

GIRARDI, S. N. O perfil do 'emprego' em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(2): 423-439, out.-dez, 1986.

GUIMARÃES, N. de A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

KLEIN, I. *Oswaldo Cruz: o médico do Brasil*. São Paulo, Brasília: Fundação Odebrecht, Fundação Banco do Brasil, 2003.

MOLINARO, E. M.; CAPUTO, L. F. G. & AMENDOEIRA, M. R. R. *Conceitos e Métodos para a Formação de Profissionais em Laboratório de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, IOC, 2009. v. 1.

MURITO, M. *A Qualificação do Trabalho em Laboratórios de Saúde: uma aná-*

lise do processo de formação do técnico em biodiagnóstico. Rio de Janeiro: Paetec/Faperj, 2006. (Relatório Final de Pesquisa)

PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. Educação profissional em saúde. In: PEREIRA, I. B. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PRONKO, M. *A Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Disponível em: <www.retsus.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 jun. 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. *História da Enfermagem e sua Relação com a Saúde Pública*. Goiânia: AB, 1999.

SBAC. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Disponível em: <www.sbac.org.br/pt/index.html>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SBPC/ML. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Disponível em: <www.sbpc.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SILVA, A. M. *Caracterização do Trabalho da Enfermagem em Laboratório de Análises Clínicas*, 2004. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

VICENTINO, C. *História do Brasil*. São Paulo: Scipione, 1997.

XAVIER, R. M. & BARROS, E. O médico e o laboratório. In: XAVIER, R. M.; ALBUQUERQUE, G. de C. & BARROS, E. (Orgs.). *Laboratório na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Técnico de Nível Médio em Hemoterapia: estudo exploratório de uma profissão

Daiana Crús Chagas
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes
Isis Pereira Coutinho
Roberta de Carvalho Corôa
Janete Gonçalves Evangelista

O presente capítulo tem como objetivo compreender aspectos relacionados ao processo de qualificação dos trabalhadores técnicos em hemoterapia. Trata-se de profissionais de nível médio inseridos no sistema de saúde brasileiro, em postos de trabalhos diretamente relacionados ao desenvolvimento de atividades hemoterápicas. A produção acadêmica a respeito do trabalho desses profissionais, tanto do ponto de vista da constituição histórico-social do seu campo profissional quanto de seu processo de trabalho e do desenvolvimento de suas atividades, ainda se mostra bastante escassa.

A análise foi construída tendo como enfoque a noção de qualificação assumida como uma relação social, tal como vem sendo formulada no âmbito da sociologia do trabalho. Nessa perspectiva, a qualificação não está somente relacionada ao conteúdo do trabalho exercido ou ao conhecimento e ao saber-fazer do trabalhador que exerce a atividade. Ela é concebida como sendo, ao mesmo tempo, um processo e um produto social. Longe de ser apenas uma característica relacionada à tarefa desenvolvida pelo trabalhador ou à sua formação, a qualificação se circunscreve no movimento contínuo das relações sociais considerando desde o jogo das negociações entre capital e trabalho e o *status* que a sociedade confere à profissão até a constituição da identidade do trabalhador (Tartuce, 2004).

Os aspectos relevantes para a reflexão aqui desenvolvida são analisados a partir de seu contexto sócio-histórico. Entende-se a construção da qualificação do técnico em hemoterapia como, ao mesmo tempo,

matéria e produto de uma teia de relações que vai além das condições materiais da ocupação. Para tal, foram enfatizados os seguintes eixos de análise: a constituição do campo da hemoterapia na saúde pública brasileira, a estrutura da formação técnica em hemoterapia, a regulamentação da ocupação e a organização do trabalho.

Sob esta perspectiva, uma primeira aproximação com o tema envolve observar os contextos em que se estabeleceram as relações de trabalho de nível técnico em hemoterapia na saúde pública brasileira, considerando que muito significam para compreensão das distintas situações de trabalho encontradas hoje. Também é considerado importante apreender a forma como os trabalhadores se relacionam com as técnicas e tecnologias embutidas em suas atividades, bem como entender a maneira como se organizou o fazer coletivo no trabalho.

A partir de uma revisão bibliográfica e de uma análise documental buscou-se investigar questões relativas à construção do campo da hemoterapia e das políticas de sangue no Brasil. Além disso, também foram realizadas entrevistas com informantes-chave, considerados agentes sociais relevantes para o aprofundamento desses temas.

Especificamente a respeito das propostas de formação do técnico em hemoterapia, realizou-se uma breve análise, por meio de estudo comparado, de documentos referentes ao processo de institucionalização do curso técnico na área.¹ Ao comparar os documentos, suas analogias, diferenças e lacunas, levou-se em conta os diversos espaços de construção desses documentos e os diferentes contextos históricos nos quais eles foram produzidos.

Com o intuito de aproximar das questões relativas à regulamentação e à organização do trabalho, além do levantamento de documentos pertinentes ao tema, foi realizado um estudo exploratório no Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio). Esse instituto se mostrou relevante no âmbito da presente análise por seu desempenho e reconhecimento nas atividades relativas à área estudada, o que inclui a qualidade do sangue produzido, as suas ações para a promoção, a disseminação das técnicas e práticas neste campo e a formação de

¹ O material analisado é composto por um parecer emitido pelo Conselho Federal de Educação (CFE) em 1990; pelo *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*, editado pelo Ministério da Educação (MEC) em 2008; e pelo documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2011, intitulado *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação*.

recursos humanos para a hemoterapia no estado. Durante uma semana, acompanhamos o processo produtivo em vários setores onde são desenvolvidas atividades ligadas ao chamado ‘ciclo do sangue’,² locais por excelência do trabalho do técnico em hemoterapia.

Estes setores do ciclo do sangue foram escolhidos pela identificação com processos de trabalho próprios da hemoterapia e indicados por responsáveis dentro da instituição como sendo locais cujas atividades demandariam um trabalhador específico para realizar processos, como o manuseio das bolsas de sangue, a separação de hemocomponentes para transfusão, a produção de hemoderivados e a liberação de sangue doado de acordo com as normas vigentes em legislação.

A partir dessa observação, foram selecionados trabalhadores dos setores de fracionamento, processamento/expedição e controle de qualidade para realização de entrevistas sobre suas trajetórias profissional e de formação.

A Constituição do Campo da Hemoterapia no Brasil

A maior parte das publicações que se dedicam ao tema da hemoterapia aborda prioritariamente questões sobre a doação de sangue, tanto coleta quanto transfusão, observando, especificamente, o trabalho desempenhado pelo campo da enfermagem neste setor. Os textos que tratam dos temas relativos ao sangue e sua qualidade se dedicam, prioritariamente, a focar o trabalho desenvolvido por profissionais de nível superior, como biomédicos, biólogos, médicos hemoterapeutas, hematologistas etc.

Sobre a história da hemoterapia no Brasil se destacam os trabalhos desenvolvidos por Luiz Antonio de Castro Santos, Cláudia Moraes e Vera Schaitan P. Coelho, na década de 1990, fruto de uma extensa pesquisa sobre a história e a constituição das políticas de sangue no país (Santos, Moraes & Coelho, 1991, 1992, 1993). Mais recentemente, a tese de Marcos Alfredo Pimentel (2006) enfoca de forma abrangente as ações em torno do sangue no país. Partindo de outra perspectiva

² O ciclo do sangue pode ser compreendido pelo processo que vai desde a captação/ triagem de doadores e coleta, a testagem, o processamento das bolsas, seu fracionamento, a produção de concentrado de hemácias ou plaquetas, a separação do plasma e armazenamento até a transfusão do sangue doado.

também se destacam os trabalhos publicados por Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005), membros da Sociedade Brasileira de Hemoterapia e Hematologia (SBHH) que, ao se debruçarem sobre a história do setor, buscam acenar para possibilidades de inovação no campo.

A respeito do trabalho técnico em hemoterapia, em especial, existe uma publicação lançada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV, 2000a, 2000b), que procurou apresentar o campo de atuação desse trabalhador. O livro, que se caracteriza por ser uma coletânea com diversos artigos, em dois volumes, mobilizou um grande grupo de especialistas que participaram de sua elaboração, configurando-se como uma referência para o campo.

A falta de maiores dados sobre a formação técnica em hemoterapia no Brasil pode estar relacionada à recente emergência dessa habilitação,³ mas também pode estar vinculada ao próprio processo de conformação do campo da hemoterapia no país.

Nesse sentido, observar os distintos contextos em que se estabeleceu o trabalho em hemoterapia na saúde pública brasileira permite identificar, no tempo, alguns dos diferentes atores envolvidos nas atividades com o sangue, as principais políticas formuladas para o setor, algumas das técnicas e das tecnologias mobilizadas, como também permite vislumbrar os possíveis caminhos percorridos até a consolidação do fazer coletivo do trabalho técnico em hemoterapia.

Primórdios do uso do sangue na saúde

A hemoterapia surgiu no Brasil como especialidade médica, no século XX, e se conformou a partir da instauração dos bancos de sangue. A técnica de transfusão de sangue já era uma prática médica conhecida desde o século XIX e, em seus primórdios, era realizada por médicos-cirurgiões, assessorados por profissionais do campo da enfermagem. Com o tempo e a descoberta dos fatores sanguíneos, técnicos em laboratório passaram também a integrar as equipes de transfusão de sangue que agiam, prioritariamente, nos hospitais e centros médicos. Cabe lembrar

³ Em 1990 o parecer n. 59 do MEC criou a habilitação de técnico em hemoterapia e hematologia; entretanto, como veremos a seguir, essas duas habilitações ainda não se consolidaram no campo das formações técnicas em saúde.

que as ações de saúde e de saúde pública eram estruturadas em termos completamente distintos de como hoje são conhecidas no Brasil. Cabia a cada profissional, hospital ou instituição regular as suas práticas e atividades médicas, sem que houvesse grande interferência das instâncias de governo.

No país, os primeiros locais especialmente dedicados à coleta, estocagem e transfusão de sangue para fins médicos e terapêuticos foram instituídos a partir da década de 1940. Capitaneados, em sua maioria, por médicos e instituições privadas, remuneravam os doadores, pagando um valor inespecífico para manter seus estoques abastecidos (Junqueira, Rosenblit & Hamerschlag, 2005).

Os primeiros bancos de sangue foram instituídos essencialmente para reforçar as atividades médicas. Dessa iniciativa resultou a conformação do campo da hemoterapia no país, englobando um universo de atividades específicas para o uso e a conservação do sangue humano. De forma diversa da hematologia – especialidade médica que estuda o sangue, seus distúrbios e doenças –, a hemoterapia se caracteriza por ser uma especialidade voltada para o uso do sangue como recurso terapêutico. Todavia, o trato com o sangue e seus doadores era uma atribuição essencialmente da enfermagem. A estes auxiliares cabiam especificamente às funções de coleta, transfusão e fracionamento do sangue, além do auxílio aos doadores (Dias, 2000).

Dadas as aproximações inerentes à hemoterapia e à hematologia, em 1949, durante o 1º Congresso Paulista de Hemoterapia, as duas especialidades médicas se reuniram, lançando as bases para criação SBHH, fundada no ano seguinte. Essa entidade, representativa da classe médica, participaria da formulação e disseminação de algumas das principais resoluções do campo pelas décadas seguintes.

Progressivamente verificou-se um aumento da utilização dos serviços médicos hemoterápicos, que se multiplicaram com o aperfeiçoamento das técnicas e o incremento dos estoques de sangue. Sobretudo, esse aumento pode ser creditado em razão do amplo uso da transfusão de sangue em procedimentos médico-cirúrgicos e também como terapêutica em prognósticos variados.

Novas tecnologias e o sangue como mercadoria

Ainda que o campo médico tenha delineado as bases de desenvolvimento das atividades hemoterápicas, avanços tecnológicos no tratamento do sangue suscitaram sua incorporação em outros ramos do setor saúde.

Um dos mais marcantes avanços tecnológicos, nesse sentido, deu-se a partir da década de 1950, com o desenvolvimento da tecnologia de fracionamento do sangue. Esta técnica possibilitou extrair do plasma alguns componentes sanguíneos, cuja obtenção não era possível no processo anterior, suscitando a emergência de uma engajada indústria de hemoderivados.

No Brasil, a implementação da tecnologia de fracionamento do sangue foi protelada durante alguns anos, em razão, principalmente, da falta de investimentos no setor. Entretanto, bancos de sangue de pequeno porte se multiplicaram visando à obtenção do lucro resultante da venda dos seus estoques para abastecer as indústrias de hemoderivados, com destaque para aquelas no exterior, que já utilizavam esta nova tecnologia, redundando em um comércio de sangue de escala mundial. No Brasil, a primeira planta industrial de produção de hemoderivados foi do grupo Hoeschst em Teresópolis, na década de 1950 (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Assim, ainda que tenha crescido o número de bancos de sangue no país, sua produção não era destinada à terapêutica médica. Nesse campo, a utilização do sangue total⁴ permaneceria por muitos anos como a principal técnica utilizada na transfusão, em oposição ao uso fracionado do sangue, então utilizado no exterior (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

A inovação tecnológica iniciada na década anterior só se sofisticou na década de 1960, quando o fracionamento e a produção de hemoderivados deram o tom da hemoterapia. O período que vai da expansão dos bancos de sangue através do uso da doação remunerada até o emprego do sangue como mercadoria estratégica de produção industrial pode ser também conhecido como “Era do dinheiro do sangue” (Star *apud*

⁴ Sangue total é o sangue doado sem nenhuma modificação. O sangue total processado é separado em até quatro componentes: concentrado de hemácias, plasma, concentrado de plaquetas e crioprecipitado (Hemorio, s.d.).

Pimentel, 2006: 11). Segundo Star (*apud* Pimentel, 2006), a transformação da transfusão do sangue de uma curiosidade científica à mercado-ria-base de uma indústria global deu a tônica do desenvolvimento das ações no setor. Foram necessárias algumas décadas até que as práticas de manipulação e uso do sangue fossem integralmente reapropriadas pelo debate em saúde.

Pimentel (2006) chama a atenção para o fato de que a lógica que permeava, naquele momento, a estrutura hemoterápica brasileira visava ao máximo de lucro com o mínimo de investimentos, e que a ausência de normas técnicas reguladoras das atividades hemoterápicas permitia aos bancos de sangue funcionar como quisessem, sem se preocupar, segundo o autor, com questões éticas como a qualidade do sangue, por exemplo. Portanto, novas tecnologias e equipamentos não eram incorporados ao setor, que permaneceu com uma infraestrutura mínima – à margem do movimento de modernização tecnológica na saúde nas décadas de 1960 e 1970 – e número insuficiente de pessoal especializado de nível técnico e superior. Tal quadro teria sido responsável por atrasar a introdução, no país, de terapias específicas para o tratamento de doenças do sangue, como a hemofilia, causando grande dependência do setor da importação de hemoderivados (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Primeiras normatizações do sangue

Na década de 1960 chamam atenção as primeiras iniciativas governamentais no sentido de disciplinar a utilização do sangue humano e seus derivados. Tais iniciativas foram encetadas levando em conta as “implicações sociais” e as possibilidades de repercussão no campo da “segurança nacional”, motivo pelo qual o governo militar instalou, em 1964, a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH). Esta Comissão, que permaneceria ativa por toda a década de 1970,⁵ estava encarregada de elaborar, promover e fiscalizar a execução da Política Nacional de San-

⁵ A Comissão Nacional de Hemoterapia sofreria várias modificações, ao final da década de 1970, que acabaram por desativá-la. Em 1976 teria sido transformada em Câmara Técnica de Hemoterapia (Santos, Moraes & Coelho, 1991), deixando de ser diretamente subordinada ao ministro e, em 1978, a Comissão de Articulação Ceme-Fiocruz (Comart) tornou-se a condutora oficial da política nacional de sangue, através da portaria interministerial n. 2, de 11 de fevereiro, invalidando, na prática, a atuação da Câmara Técnica.

gue e Hemoderivados, sendo responsável pela elaboração das principais regulamentações que existiram no campo até a década de 1990.

Segundo seu regimento interno, publicado no decreto n. 57.812, de 15 de fevereiro de 1966, cabia à Comissão, por exemplo, fixar os requisitos mínimos de funcionamento das instituições que atuavam na obtenção, processamento, preservação, estocagem, produção e distribuição de derivados do sangue, inclusive no que concerne aos recursos humanos, sendo também responsável por estimular a formação e o aperfeiçoamento de pessoal especializado em hemoterapia. Também era sua atribuição a emissão de pareceres sobre novas técnicas de trabalho hemoterápico e o disciplinamento de todas as atividades do campo, de uma maneira geral. Contudo, apesar de sua grande capacidade de elaborar normatizações para o campo,⁶ seu poder de execução e fiscalização era inócuo, pois, na prática, cabia às divisões estaduais de vigilância sanitária o papel de fiscalizar, o que não ocorria ou ocorria de modo ineficaz (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Vale ressaltar que mesmo existindo tais iniciativas governamentais para combater o mau uso do sangue no país, a partir de 1967, o próprio governo favoreceu, ainda que indiretamente, o aumento de pequenos bancos de sangue privados. A política do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de comprar sangue para ser utilizado nos seus hospitais e na rede particular contratada teria estimulado ainda mais a existência de bancos de sangue de qualidade precária (Santos, Moraes & Coelho, 1991). Esta política se perpetuaria até a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

A precariedade do setor hemoterápico brasileiro era evidente. Por isso mesmo destacam-se nesse período algumas iniciativas do setor médico de aprimoramento do campo, dentre as quais se sobressaiu a iniciativa, dos profissionais de hemoterapia de Pernambuco, de aproximação às práticas francesas. Tal aproximação se intensificou em 1962, quando foi firmada uma cooperação técnica franco-brasileira que propiciou estágios nos Centros de Transfusão Sanguínea de Paris, Strasbourg e Toulouse, e a vinda de professores e técnicos franceses para o intercâmbio técnico-científico.

⁶ Durante sua vigência foram publicadas normatizações a respeito da qualidade do sangue transfundido, dos testes sorológicos que deveriam ser realizados, da triagem de doadores, da importação de derivados industriais etc. Tais medidas mantiveram-se legalmente válidas até 2001, quando foi publicada a lei n. 10.205 (Pimentel, 2006).

Também é expressiva a tentativa, no âmbito federal, de diagnosticar os serviços hemoterápicos no país ao convidar, em 1969, o professor francês Pierre Cazal, consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS), para produzir um levantamento do setor nacional. O contundente Relatório Cazal descreveu o descuido e o descaso predominante na hemoterapia brasileira, enfatizando, dentre outros pontos, a mercantilização do sangue e sugerindo a adoção de diversas medidas (Pimentel, 2006). Tal relatório repercutiria, na década seguinte, na orientação da nova política de hemoterapia para o setor, o Pró-Sangue, sustentando a criação e difusão de hemocentros regionais por todo o país.

A reapropriação do sangue pelo campo médico-sanitário

Os avanços tecnológicos em hemoterapia salientavam a suscetibilidade do setor aos interesses econômicos e o reflexo disso se apresentava na qualidade do sangue transfundido no país. Os interesses do mercado privado nos lucros que a hemoterapia poderia proporcionar foram os principais responsáveis pelas distorções que acompanharam o setor até meados da década de 1980 (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Significativas modificações tecnológicas e iniciativas de aperfeiçoamento da prática hemoterápica nacional foram implementadas apenas a partir da década de 1980, forçadas em grande medida pelo clamor médico e social que se sucedeu ao advento da Aids, doença de caráter pandêmico mundial, que evidenciou a calamidade sanitária em que se encontrava a hemoterapia no Brasil. Assim, esta década marca a incorporação definitiva das práticas e tecnologias mais sofisticadas que vinham se implementando com certa resistência no país.⁷

Note-se que já em 1980 existiu uma tentativa de reestruturação do campo, através da criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), publicado pela portaria n. 8.226/1980, do

⁷ Passaram a ser utilizadas as bolsas de plástico e as centrífugas refrigeradas, que possibilitaram a coleta de sangue, a separação dos componentes e sua manipulação em um sistema fechado, seguro e mais versátil. Um novo processo de coleta também foi desenvolvido – a hemaférese. Nesse processo, o sangue é colhido e o hemocomponente desejado é imediatamente separado, sendo os demais reinfundidos no doador. Além disso, o uso de filtros leucócitos, o processo de irradiação de bolsas de sangue, a utilização de máquinas de aférese mais práticas, a implantação de hemovigilância e de exames imuno-hematológicos e sorológicos de última geração foram procedimentos que, até o final da década, estavam consolidados no campo (Santos, Moraes & Coelho, 1991; Pimentel, 2006).

Ministério da Saúde. Esse programa tinha por finalidade disciplinar as atividades relacionadas à coleta e à utilização do sangue; à produção e à comercialização de seus derivados.⁸ Visava também à formação de pessoal especializado em todos os níveis.

Foi ampliado ainda o âmbito da cooperação técnica com a França para desenvolvimento da hemoterapia nacional. Entre 1981 a 1985, profissionais brasileiros de nível superior e médio fizeram estágios em Centros de Transfusão Sanguínea da França para aperfeiçoamento e especialização em diversas áreas (Pimentel, 2006).

Entretanto, embora fornecessem bases mais sólidas nas quais a hemoterapia nacional poderia se apoiar, tais iniciativas, especialmente no que tange ao Pró-Sangue, padeciam da mesma dificuldade de fiscalização que as regulamentações anteriores, inclusive no aspecto que dizia respeito à sua vocação para fomentar cursos de formação de trabalhadores.

O impacto que adveio da propagação da Aids acabou impulsionando mais fortemente o processo de regulamentação do campo. A doença alcançou grande repercussão social, mobilizando a opinião pública em torno de várias de suas características, mas principalmente, suas formas de transmissão.⁹

A descoberta, em 1982, de que a transmissão dessa doença poderia se dar através de transfusão sanguínea e o efeito dessa descoberta sobre a população hemofílica aceleraram o ritmo da implementação de ações de controle da qualidade do sangue no país. Tal revelação tornou o tema da qualidade do sangue prioridade em relação ao desenvolvimento das ações do Pró-Sangue, das inovações tecnológicas e do aperfeiçoamento de pessoal.

Ainda que o governo negligenciasse a proporção da doença em seus primórdios no país, o papel desempenhado pela sociedade civil, através de campanhas públicas promovidas principalmente por ONGs de apoio aos soropositivos, influenciou de forma decisiva o aprimoramento da política nacional de sangue (Nascimento, 2005). Data dessa

⁸ Este programa estimulava a criação de hemocentros por todo o país, ou seja, unidades básicas do sistema hemoterápico nacional, que deveriam atuar em nível estadual, assumindo a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope) como modelo no país.

⁹ No Brasil, as formas de abordagem e enfrentamento da doença passaram por diversos estágios, tendo sido ela conhecida inicialmente como ‘câncer *gay*’, passado então à associação de seu contágio à ideia de ‘grupos de risco até finalmente ser apropriada como problema de saúde pública nacional.

época a campanha “Salve o Sangue do Povo Brasileiro”, no Rio de Janeiro, e o “Tribunal Henfil”, criado em São Paulo, sem valor jurídico, mas de forte apelo social.¹⁰ O investimento no controle da epidemia levou a uma mudança na sociedade, e a repercussão na hemoterapia foi evidente. A obrigatoriedade de realização de testes sorológicos para detecção da doença em todo sangue coletado e transfundido se firmou inicialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, em 1986 e 1987, respectivamente (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Este período também foi marcado por um grande debate de âmbito nacional a respeito das bases da nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, mas antecedida por uma série de discussões e reuniões de caráter decisório. No campo da saúde, as discussões sobre a política nacional de sangue assumiram um caráter de defesa do direito a um sistema de saúde público, gratuito e universal, em contraposição à lógica privada e mercadológica que imperava na saúde como um todo e, consequentemente, no campo da hemoterapia nacional.

Nos estados onde a hemoterapia se encontrava melhor organizada, foram intensificadas as ações de vigilância sanitária, fiscalizando e fazendo cumprir a legislação sobre o controle e a qualidade do sangue. Em âmbito nacional, legislação semelhante foi publicada em 1988, obrigando os bancos de sangue a realizarem cadastros dos doadores e a realização de testes sorológicos para doenças transmissíveis.¹¹ A partir de então, ações de fiscalização acompanharam a promulgação de tais medidas.

O debate em torno da privatização *versus* estatização do sangue no âmbito da Constituinte foi tão acalorado que acabou realizado em uma plenária especial de forma apartada dos demais debates sobre a saúde (Santos, Moraes & Coelho, 1992). Prevaleceu o modelo delineado pelo Pró-Sangue, que colocava o sangue sob a responsabilidade governamental, em nível federal, afinado com a política hemoterápica francesa de implementação de hemocentros. A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 199, proibiu a utilização do sangue para fins comerciais em todo território nacional.

¹⁰ Ambos se organizaram em torno da figura cartunista Henfil, hemofílico, que faleceu em 1987, vitimado pela Aids. Henfil era irmão do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que anos depois padeceria da mesma doença.

¹¹ Lei n. 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e decreto-lei n. 95.721, de 11 de fevereiro de 1988.

No mesmo ano em que a Constituição foi promulgada, o governo federal lançou o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (Planashe). Mais complexo e detalhado, esse plano aprofundava as ações delineadas no Pró-Sangue, fortalecendo o desenvolvimento de um sistema hemoterápico eficiente (Pimentel, 2006). Propunha a articulação de recursos de quatro ministérios – Previdência e Assistência Social; Trabalho; Educação; e Ciência e Tecnologia – com apoio da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e do Banco Mundial, para garantir fundos.

O grande mérito reconhecido ao final dessa turbulenta década foi o de consolidar o serviço hemoterápico como atividade médico-sanitária, ao invés de atividade comercial, conforme o que vinha sendo praticado. A consequência imediata do redirecionamento da hemoterapia brasileira foi a publicação sistemática de normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, regulando as práticas de execução do trabalho em todos os níveis: desde a coleta, passando pelo seu processamento em laboratório, os exames realizados, e as técnicas de armazenagem, transporte e transfusão.¹² A principal e mais notável modificação foi a incorporação de atividades de controle de qualidade que passou a prever a utilização de pessoal devidamente preparado.

Sangue para a saúde e a indústria

Nos anos 2000, com a diminuição das denúncias de contaminação e de comercialização do sangue, a prática hemoterápica nacional alcançou *status* de confiança e respeitabilidade no cenário da saúde pública brasileira. Entre 1999 e 2004 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi responsável pela execução da Política Nacional de Sangue, no âmbito do Ministério da Saúde, aliando formulação, execução e fiscalização das atividades com sangue em um único órgão. Nesse período houve uma grande afluência de recursos financeiros voltados para o fortalecimento da infraestrutura hemoterápica nacional (hemocentros), que se expandiu e se consolidou (Amorim, 2011 – depoimento). A grande preocupação do setor voltou-se então para a utilização do plasma

¹² A portaria n. 721 de 9 de agosto de 1989, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu as normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.

congelado¹³ excedente da atividade hemoterápica para produção de hemocomponentes.

Segundo o médico Luiz Amorim,¹⁴ em depoimento, a preocupação com a produção nacional de hemoderivados pode ser remetida à instauração da hemorede no país, na década de 1980. Neste âmbito, o Hemo-pe, Hemocentro de Pernambuco, destaca-se como um dos pioneiros no país, pois desde seus primórdios previa a instalação de uma planta-piloto industrial para produção de hemoderivados. Entretanto, esta iniciativa foi interrompida em razão da necessidade de rápida absorção de tecnologias (Amorim, 2011 – depoimento).

A necessidade de garantir a autossuficiência do país em hemoterapia, evitando a importação maciça de insumos hemoterápicos até então praticada foi contemplada na lei n. 10.205, de 21 de março de 2001, que lançou a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados do governo federal. Conhecida como ‘Lei do Sangue’, esta política regulamentou – com 16 anos de atraso – o artigo da Constituição Federal relativo ao uso e aplicação do sangue, componentes e derivados, e estabeleceu o ordenamento institucional necessário para sua execução (Pimentel, 2006). Sua principal característica foi envolver em um mesmo sistema as duas faces da atividade hemoterápica: de um lado os organismos de captação, processamento e distribuição/transusão de sangue (hemocentros); de outro, centros de produção de hemoderivados e demais produtos industrializados a partir do sangue. O que no passado havia sido uma prerrogativa da iniciativa privada – o processamento do sangue para fins industriais –, no novo milênio passou a fazer parte da política nacional de sangue.

Entretanto, as especificidades inerentes à criação de uma empresa de produção de hemoderivados para todo o país eram de tal porte que restou ao governo federal assumir a liderança de tal empreendimento. Ao invés de vários centros de produção, o que se verificou foi a criação, através da lei n. 10.972 de 2004, da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – a Hemobrás. A empresa tinha a

¹³ O plasma é o material resultante da separação do sangue em glóbulos vermelhos e plaquetas. Parte do plasma é utilizado na transfusão de sangue, mas cerca de 80% é descartado, podendo ser aproveitado para a produção de hemocomponentes (Amorim, 2011 – depoimento).

¹⁴ Luiz Amorim foi gestor do Hemorio e atualmente é diretor executivo da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

finalidade de explorar a atividade econômica de produção industrial de hemoderivados, prioritariamente para tratamento de pacientes do SUS, a partir do fracionamento do plasma obtido por todo o Brasil, oriundos dos hemocentros.

Todavia, a qualidade desse plasma se constituiu, e ainda se constitui, como uma importante questão colocada para o funcionamento da Hemobrás. Segundo estimativas aproximadas, cerca de 60% do plasma produzido no Brasil é de má qualidade em razão, principalmente, de um processamento e de um controle de qualidade inadequados (Amorim, 2011 – depoimento). O entendimento é de que a presença de profissionais especificamente habilitados em hemoterapia, atuando nas unidades da rede, propiciaria um incremento na qualidade do plasma excedente a ser incorporado na produção de hemocomponentes.

É nesse sentido que entendemos a inclusão da habilitação de técnico em hemoterapia no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (Profaps), do Ministério da Saúde – instituído a partir de 2009, pela portaria n. 3.189 – dentre as áreas técnicas consideradas de interesse estratégico prioritário para a saúde no Brasil. As ações voltadas para a formação de trabalhadores técnicos em hemoterapia no país e a forma como se relacionam com a regulamentação da habilitação em hemoterapia serão analisadas a seguir.

Formação Técnica na Área de Hemoterapia

A progressão da prática hemoterápica no Brasil, no final da década de 1960 e início da década de 1970, acentuou a necessidade de aparelhamento técnico e profissional dos serviços. De modo geral, naquela época, apenas alguns serviços governamentais e outros poucos privados nas capitais se atualizaram em relação às tecnologias empregadas no campo da hemoterapia. Entretanto, os avanços técnicos, que dizem respeito ao conhecimento da fisiologia dos componentes do sangue e às exigências para processá-los *in vitro*, cresceram de tal maneira que, mesmo havendo resistência em relação ao investimento, progressivamente, diminuiu a utilização de sangue total, e a separação dos componentes e derivados tornou-se prática rotineira no país (Santos, Moraes & Coelho, 1991). Tal exigência estimulou a necessidade de pessoal preparado para realizar esta atividade.

A primeira metade da década de 1970 foi marcada pela criação da habilitação e do currículo mínimo de diversas ocupações laboratoriais relacionadas ao aparelhamento tecnológico e de diagnóstico da saúde. Com a publicação da resolução n. 2 e do parecer n. 45, ambos de 1972, e do parecer n. 2.934, de 1975, todos do Conselho Federal de Educação (CFE), foram criadas, respectivamente, as habilitações de ‘laboratorista de análises clínicas’, ‘técnico e auxiliar em histologia’, ‘técnico e auxiliar em patologia clínica’. Nesta mesma lógica, na resolução n. 2 de 1972, foram fixados os requisitos mínimos exigidos para a habilitação profissional de ‘técnico de laboratórios médicos’, que delimitava, dentre outras habilitações afins, a habilitação de ‘auxiliar técnico de banco de sangue’.

Ainda que existissem tais habilitações, as inoperantes regulamentações para o setor hemoterápico no Brasil – lançadas após 1965 – não propunham a formação ou atualização dos trabalhadores de nível básico e técnico em hemoterapia que já atuavam no serviço público, privado, nem mesmo daqueles que ainda iriam ingressar nesse setor. Dessa forma, restringia-se ao espaço do serviço o aprendizado das novas técnicas e do uso das inovações tecnológicas. Este panorama permaneceu sem grandes alterações até o final da década de 1980.

Com a institucionalização do SUS, na década de 1990, a ordenação dos recursos humanos em saúde passou para a esfera do Ministério da Saúde. O universo de profissionais de nível médio e fundamental se constituía como um ponto importante de intervenção dessa ordenação, já que no serviço público havia uma grande proporção desses profissionais que, em sua maioria, não tinham qualquer formação que não aquela obtida com a prática.

De fato, a formação profissional de trabalhadores que atuavam no setor saúde era objeto de preocupação desde a década anterior, demandando o desenvolvimento de programas governamentais, como foi o caso do Projeto Larga Escala.¹⁵ O Projeto tinha como perspectiva uma

¹⁵ O Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, instituído no início dos anos 80, foi responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde dos trabalhadores do SUS, em articulação com o ensino supletivo que, à época, era a modalidade de ensino oferecida à população jovem e adulta. Atuava na perspectiva de integração entre ensino e serviço, realizando a formação no âmbito das secretarias estaduais de saúde (Lima, 2011; Pereira & Ramos, 2006). No final da década de 1990 surgiria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que, seguindo o modelo do Larga Escala, acompanhou também as recomendações da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

formação de trabalhadores técnicos em saúde a integrada e organizada em um sistema de formação de recursos humanos em saúde em todos os níveis de ensino, devidamente articulada com a legislação vigente no sistema educacional. Entretanto, a partir dos anos 90, o que se verificou é que tal perspectiva não se concretizou (Lima, 2011), dando origem a uma discrepância – ainda hoje identificável – entre as regulamentações oriundas do campo da educação profissional e aquelas voltadas para o exercício das ocupações e profissões em saúde no país.

No caso do trabalhador em hemoterapia, verifica-se que, no campo das regulamentações do setor sangue, não estava explicitado qual deveria ser o nível (médio ou fundamental) ou o tipo (habilitação) de formação do profissional que nele atuaria. Todavia, conforme foram se estabelecendo as normas técnicas, oriundas das ações de vigilância sanitária – principalmente sob a perspectiva do controle de qualidade –, foram se evidenciando quais são os trabalhadores habilitados para atuar no serviço hemoterápico. As especificações para o setor explicitam a presença de profissionais de nível médio e fundamental do campo da enfermagem (atendentes, auxiliares e técnicos) e de auxiliares e técnicos de laboratório, além das demais profissões de nível superior.¹⁶

É a partir desse contexto que devemos entender a criação das habilitações técnicas em hemoterapia e hematologia, no âmbito do MEC.¹⁷ Essas habilitações foram criadas observando uma necessidade explicitada pelas políticas do campo, principalmente voltando-se para o controle de qualidade do sangue, conforme indicado no parecer n. 59, de 25 de janeiro de 1990, do CFE. Entretanto, as habilitações não vingaram, posto que as regulamentações para o setor sangue não exigiam a presença desses profissionais, especificamente.

O que se observou, em alguns casos, foi a criação de cursos de atualização/qualificação profissional em hemoterapia para técnicos em laboratório, análises clínicas e categorias afins, realizados no próprio

¹⁶ A portaria federal n. 121, de 24 de novembro de 1995, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, instituiu o “Roteiro para inspeção em unidades hemoterápicas” e as “Normas gerais de garantia de qualidade para unidades hemoterápicas”. Foi complementada pela portaria n. 127, da Secretaria de Atenção à Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas (PNIUH). Em 1996, a portaria n. 1840 criou o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES).

¹⁷ As medidas destinadas à formação profissional de nível técnico em hemoterapia serão observadas mais detidamente adiante em tópico específico.

local de trabalho, no hemocentro de referência nos estados ou em programas de treinamento à distância (Pimentel, 2006).

Caminhos institucionais do curso técnico de nível médio em hemoterapia

Conforme apontado anteriormente, o curso técnico de nível médio em hemoterapia foi regulamentado pelo CFE, por meio do parecer n. 59 de 1990, que aprovou seu currículo mínimo. A solicitação de aprovação do curso técnico se deu a partir de uma demanda do Ministério da Saúde e da Opas, e a publicação do parecer aboliu a habilitação do curso de auxiliar técnico de banco de sangue que estava vinculada ao curso técnico de laboratórios médicos (Brasil/MS/SGTES/DGES, 2011).

No mesmo parecer foi também regulamentado o curso de hematologia. As duas habilitações – hemoterapia e hematologia –, embora convergentes em muitos aspectos, eram consideradas bastante diferenciadas, no que diz respeito à sua prática no serviço. Nesse sentido, tratava-se de dois cursos distintos que, portanto, necessitavam de programas curriculares específicos. Também eram apresentadas separadamente a descrição das ocupações, as atribuições dos técnicos e as propostas curriculares.

As justificativas para a criação e regulamentação de tais cursos, em 1990, entretanto, eram as mesmas, sendo elas: o problema da comercialização do sangue, a questão pandêmica da Aids e a necessidade premente de viabilizar, à época, as ações políticas por parte do governo federal para criar e institucionalizar uma rede pública de laboratórios e hemocentros com o objetivo de assegurar “o sangue e seus derivados, sob a forma de um suprimento constante e de qualidade absoluta, a todos que dele necessitem” (Brasil/MEC/CFE, 1990: 2).

Em 2008, o MEC publicou o *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* (CNCT), parte de uma política de desenvolvimento e de valorização da educação profissional e tecnológica de nível médio. O CNCT foi implementado com o objetivo de organizar e orientar a oferta nacional dos cursos técnicos de nível médio. Disponibilizava informações sobre os cursos técnicos, como uma breve descrição do curso, sugestões de conteúdos a serem integrados ao currículo, possibilidades de atuação do técnico, infraestrutura necessária para instalação do curso e carga horária

ria mínima. O catálogo se divide em eixos tecnológicos, segundo especificidades científicas e tecnológicas. Os cursos vinculados à área da saúde integram o eixo tecnológico “Ambiente, saúde e segurança”. O curso de hemoterapia se apresenta com uma carga horária mínima de 1.200 horas, assim como os demais cursos do eixo (Brasil/MEC/Setec, 2008).

É interessante constatar que o curso de hematologia, apesar de ter sido criado e reconhecido com especificidades distintas do curso de hemoterapia, não foi contemplado no CNCT. E, nesse sentido, seus conteúdos de formação e suas possibilidades de atuação foram incorporados às informações do curso de hemoterapia, unindo a formação de dois profissionais que têm funções bastante distintas.

Em 2009, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, a partir do Profaps, toma a formação do técnico de hemoterapia como um de seus focos de atuação, promovendo oficinas de discussão sobre essa formação e sua organização curricular. O resultado desse trabalho foi publicado em 2011 em um pequeno livro intitulado *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação* (Brasil/MS/SGTES/DGES, 2011), no qual se mantém o direcionamento dado pelo CNTC. Esse livro, que tem como função ser referência para a formulação de cursos voltados para área no âmbito da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), organiza a formação técnica em três módulos e estágio supervisionado, totalizando 1.620 horas.

O Módulo I concentra conteúdos mais gerais vinculados aos campos da política de saúde, cultura, ética, segurança e educação em saúde. É interessante observar que mesmo tratando da política do sangue como sugestão de conteúdo, na introdução do livro, a questão pandêmica da Aids, bem como o comércio do sangue, não são mais relacionados como justificativa para a formação e regulação da área de hemoterapia. O Módulo II discorre sobre o processo de trabalho em hemoterapia. Dele constam também conteúdos referentes à hematologia. Percebe-se, portanto, que mesmo se tratando de cursos diferentes, os dois ainda são apresentados como semelhantes. O Módulo III sugere o desenvolvimento de temas que envolvem sistemas de informação e planejamento em hemoterapia.

Vale ressaltar que, ainda que a SGTES venha investindo na formação técnica em hemoterapia desde 2010 e financie, atualmente, a oferta

desses cursos pela RET-SUS, o documento do Profaps que propõe as diretrizes para a formação do técnico em hemoterapia não explicita os motivos desse investimento, deixando em aberto a discussão sobre a importância ou não da formação específica na área.

Algumas Considerações sobre a Regulamentação e a Organização do Trabalho do Técnico em Hemoterapia

O trabalho do técnico em hemoterapia não é regulamentado.¹⁸ Entretanto, em razão da configuração desse campo de atividades profissionais, os trabalhadores que exercem essa função, por sua formação como técnico de análises clínicas e/ou técnico de enfermagem, geralmente estão inscritos no Conselho de Farmácia¹⁹ ou no Conselho de Enfermagem. Embora o Conselho Nacional de Educação (CNE) tenha regulamentado a formação do técnico em hemoterapia, não há exigência formal desse curso técnico para o exercício da atividade. A inserção desses trabalhadores está quase sempre desvinculada de pré-requisitos específicos para área. Note-se, entretanto, que há registros de concursos públicos para técnico de hemoterapia que requerem experiência de trabalho na função.

Pode-se localizar o trabalho dos técnicos em hemoterapia em todo o processo produtivo que envolve o ‘ciclo do sangue’, que vai desde a captação/ triagem de doadores e coleta, a testagem, o processamento das bolsas, seu fracionamento, a produção de concentrado de hemácias ou plaquetas, a separação do plasma, e armazenamento, até a transfusão.²⁰

Neste estudo, elegemos o Hemorio, por ser uma instituição de referência em atividades hemoterápicas no Brasil, como um local para observação do trabalhador técnico em hemoterapia. Como hemocentro coordenador, o Hemorio tem a função de abastecer de sangue e componentes sanguíneos os órgãos executores de atividade hemoterápica (OEAH) do estado, além de atender pacientes hematológicos. Também

¹⁸ Na *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do MTE, não consta a profissão de técnico em hemoterapia. O que consta, dentro da família de ‘auxiliares de laboratórios de saúde’, é a ocupação de auxiliar de banco de sangue, sob o código CBO 5152-05 (Brasil/MTE, 2006).

¹⁹ Os trabalhadores técnicos em análises clínicas são vinculados ao Conselho de Farmácia. Sobre essa questão ver o capítulo referente aos técnicos de análises clínicas.

²⁰ No âmbito do Hemorio, o ciclo do sangue pode ser visualizado através do endereço eletrônico <www.hemorio.rj.gov.br/Html/Apresentacoes/hemotur/hemotur_ciclo.htm>.

é formador de recursos humanos para a hemoterapia, capacitando e atualizando os conhecimentos na área para os trabalhadores, tanto pelo ensino quanto pela pesquisa no campo (Lopes, 2000).

Em função da diversidade e da especificidade dos diferentes setores abrangidos pelo ciclo de trabalho com o sangue, existe uma grande heterogeneidade que marca as atividades em que o técnico de hemoterapia pode estar envolvido.

Em alguns setores mais ligados à assistência, o trabalho desse profissional pode se confundir com o dos técnicos em enfermagem, que são os trabalhadores mais comumente encontrados na coleta de sangue. Já nos setores de avaliação e produção da bolsa de sangue para a transfusão, o trabalho guarda semelhança com o dos técnicos de laboratório – trabalhadores que mais frequentemente exercem atividades nesses locais.

Em relação a este segundo conjunto de atividades típicas do trabalho hemoterápico, vale ressaltar que, apesar de englobar setores com atribuições, tarefas e tecnologias variadas, pelo volume e organização do processo de trabalho, ele guarda certa especificidade em relação às atividades desenvolvidas em laboratórios de biodiagnóstico.

Em entrevistas com profissionais de diferentes setores, evidencia-se a dificuldade que os trabalhadores formados apenas em análises clínicas têm em realizar algumas tarefas próprias do ciclo do sangue, o que revela a necessidade de formação para este trabalho: “Eu acho que a base que o técnico de laboratório sai do Ensino Médio é uma boa base para trabalhar aqui. Acho que com treinamento específico ele consegue trabalhar na área de hemoterapia plenamente” (L.²¹ – técnico no setor de fracionamento).

Os setores com atividades que envolvem relação e atenção ao usuário parecem não ter muitos problemas em incorporar pessoal da enfermagem. No entanto, as atividades mais típicas de laboratório se ressentem da falta de profissionais técnicos formados na área de hemoterapia. Assim, o termo ‘treinamento’ e a proposta de aprendizado em serviço com os supervisores e auxílio de colegas aparecem nas entrevistas como a formação por excelência para o exercício da atividade dos trabalha-

²¹ Para fins desta análise os trabalhadores citados serão identificados por uma letra, aleatoriamente escolhida, e pela identificação do cargo que ocupam na instituição pesquisada.

dores que ocupam a função de técnico em hemoterapia. Além disso, é relatada também a participação eventual em cursos de curta duração.

Vou falar em questão de estagiário que vem fazer o treinamento para aprender o trabalho de determinado setor. Claro que ele vai aprender a rotina que nós, os funcionários, fazemos e vamos instruir a ele. Mas a chefia trabalha diretamente. Essa pessoa quando chega tem uma reunião com a chefia onde são passadas todas as instruções, tiradas todas as dúvidas. Abre-se um leque, porque a pessoa quando chega não sabe nem que tipo de pergunta vai fazer, não conhece o processo de trabalho. (A. – técnica do setor de controle de qualidade)

Até entrar aqui eu nunca tinha feito nenhum curso da área da hemoterapia. Aqui nós temos os nossos treinamentos e outros cursos que a instituição oferece para a gente conhecer o trabalho, porque realmente não temos na nossa formação de técnico de laboratório nada assim. Como técnico de laboratório a gente não aprende nada rigorosamente da área de hemoterapia. Tudo que eu aprendi sobre hemoterapia foi aqui. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Todo o ciclo do sangue deve ser desenvolvido de acordo com critérios técnicos. E aqui internamente nós investimos muito em treinamento. A pessoa que está ali, que está triando, coletando, fracionando já deve ter um olhar crítico. (P. – técnica do setor de controle de qualidade)

Para além do treinamento nos procedimentos e rotinas de trabalho específicas de cada setor, a adoção de novas tecnologias exige um aprendizado do equipamento por parte de todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente com ele. Geralmente, esse treinamento é realizado com o pessoal da equipe técnica que é responsável pela instalação do equipamento no setor. Não necessariamente essas novas tecnologias conferem agilidade à produção, mas são incorporadas por auxiliarem no controle das rotinas e eficiência dos procedimentos: “A máquina facilita a rotina, mas não dá pra substituir o profissional. O conhecimento do profissional está acima da máquina” (A. – técnico no setor de processamento e expedição).

Considerando a grande diversidade das atividades e a alocação em setores fragmentados dos trabalhadores que ocupam esta função, estes não se reconhecem como uma categoria comum – exceto pela formação

de quase todos em análises clínicas e derivações da área laboratorial. Encapsulados em seus setores e ‘formatados’ para responder apenas a demandas específicas dos postos de trabalho que ali se desenvolvem, os trabalhadores têm poucas oportunidades de construir um *ethos* comum.

O serviço é completamente diferente. Fracionar é uma coisa, controlar os hemocomponentes que já estão prontos é outra coisa, fazer expedição de hemocomponentes é outra coisa. (A. – técnica no setor de controle de qualidade)

Principalmente aqui no Hemorio as tarefas são muito separadas, cada etapa do sangue é um setor específico. Então, os trabalhos de cada setor são tão específicos que se eu trocasse de setor precisaria fazer outro treinamento. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Se entendermos que o motor da transformação e do desenvolvimento dos ofícios pelos trabalhadores e, simultaneamente, a transformação dos próprios trabalhadores que exercem o ofício “está na provocação que se dá na atividade, nos diálogos, trocas e polêmicas que aí se travam” (Silva *et al.*, 2011), é possível supor que a trajetória profissional desses técnicos acaba severamente atrelada à periódica inserção de novas tecnologias e aos interesses estritos de quem os contrata e treina. As possibilidades de autonomia e criação no processo de trabalho ficam comprometidas assim como a construção de um conhecimento e de uma identidade profissional específica.

Não existe essa identidade. Eu sou técnico em laboratório, acho que é uma questão de formação. É a formação que você tem, o título que você tem. Quando eu me formei nem existia essa questão de técnico em hemoterapia. No meu caso específico – que também é o meu cargo no Estado – sou técnico em laboratório. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Eu reclamo como técnico em hemoterapia, eu me reconheço como técnico em hemoterapia. Hoje a gente se reconhece como técnico em hemoterapia, porque quem está na análise clínica vai chorar como técnico em laboratório. O salário é igual, não existe diferenciação. Para o Estado, todos são técnicos em laboratório. Só dentro do Hemorio existe técnico em hemoterapia. (A. – técnico do setor de expedição)

As análises dos registros coletados, assim como alguns depoimentos dos entrevistados, revelam que esse processo se torna ainda mais complicado em função da precarização dos vínculos trabalhistas de grande parte dos técnicos que ocupam essa função no local estudado.

Não existe essa questão do funcionário que é certo de estar ali. Ainda que eles possam permanecer bastante tempo, há uma boa rotatividade, um entra e sai, até pela situação salarial problemática. Então, qualquer outra coisa que se consiga, acaba levando o funcionário a sair. Eu acho que prejudica o bom andamento. Se tivesse menos rotatividade seria melhor. (...) Não pretendo continuar na hemoterapia. Principalmente, porque não é vantajoso financeiramente, especialmente, no serviço público. Então, eu não tenho grandes pretensões de seguir estudos na área de hemoterapia, não. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Percebe-se ainda uma diferença de postura dos trabalhadores mais antigos e os contratados mais recentemente. Os primeiros, que viveram a própria organização do processo de trabalho na instituição e puderam dar um sentido a sua atividade, ainda hoje, têm grande envolvimento com a função. Já os trabalhadores com pouco tempo de casa consideram seu trabalho como uma ocupação provisória e não se identificam como técnicos em hemoterapia, entendendo que estão nessa função, mas que podem exercer outras em laboratórios de análises clínicas públicos ou privados. A grande rotatividade destes últimos, favorecida pela instabilidade do vínculo empregatício (são trabalhadores precarizados), também é fator evidente para a fragilização da construção de sentimentos de pertencimento e autovalorização, ambos fundamentais para o fortalecimento dos grupos profissionais: “Eu estou hemoterapia, eu não sou hemoterapia. Se eu sair daqui, posso assumir um posto de trabalho em um laboratório de análises clínicas” (F. – técnico no setor de fracionamento).

Vale ressaltar aqui que, evidentemente, este processo de fortalecimento das identidades profissionais não é uma via de mão única. Quanto mais fragilizada é a categoria de trabalhadores menos possibilidades de luta por reconhecimento, salário e direitos trabalhistas. Percebe-se claramente, portanto, como o processo qualificação/desqualificação dos trabalhadores é complexo e dinâmico e não depende apenas de investimento em cursos de formação.

Entendendo o trabalho como uma atividade coletiva transformadora dos objetos e dos sujeitos, aponta-se aqui para a necessidade de aprofundar as análises do processo de constituição desse ofício, focando, em especial, os processos de produção e as possibilidades de construção e desenvolvimento a partir dos encontros e embates dos trabalhadores no cotidiano.

Considerações Finais

Em sua gênese, a hemoterapia brasileira foi constituída como um serviço acessório à atividade médica. Ligado às práticas mercantis de exploração do lucro oriundo do comércio do sangue, o campo da hemoterapia foi, gradativamente, regulamentado na tentativa de reorientar essa lógica, incorporando os preceitos da reforma sanitária brasileira e, principalmente, buscando assegurar a qualidade do sangue.

Ao longo desse processo histórico de conformação do campo, as novas possibilidades de uso do sangue propiciaram uma especialização das práticas hemoterápicas nacionais, também comprometidas com a fabricação de hemoderivados, o que vem colocando a qualidade do plasma e seus derivados procedentes dos hemocentros como um novo objetivo a ser alcançado.

Essas transformações repercutem diretamente na discussão sobre o trabalhador que atua nesse setor. Entretanto, como se viu, ainda que algumas normatizações técnicas versem sobre o assunto, até bem recentemente não havia uma preocupação efetiva em formar um técnico de nível médio com habilitação específica para a área. Conseqüentemente, também não havia qualquer estímulo à formação de trabalhadores técnicos em hemoterapia.

Embora hoje exista uma política do Ministério da Saúde visando à formação de trabalhadores do setor público em hemoterapia, ainda não há qualquer regulamentação do trabalho técnico nesse sentido. Na realidade, esta primeira aproximação ao contexto que envolve esse trabalhador explicitou que, no cotidiano dos hemocentros e laboratórios, a atividade do técnico em hemoterapia é exercida por profissionais com as mais diversas formações, principalmente técnicos em análises clínicas e em enfermagem.

O que se pode depreender após essa breve análise é que os desafios tanto para a formação quanto para a profissionalização do técnico em hemoterapia estão postos e não são poucos. A institucionalização da oferta do curso técnico em concomitância com a regulamentação da profissão são ações prementes para garantir a atuação desse profissional no serviço e viabilizam também que este trabalhador possa se reconhecer como pertencente a uma categoria profissional, com espaço específico para sua organização e mobilização político-institucional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer n. 59*. Brasília: Ministério da Educação, 1990.

BRASIL. Ministério Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2006.

DIAS, A. G. Hemoterapia no Brasil, 1942 a 1947. *Revista Médica. Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro*, (1): 34 jan.-mar. 2000. Disponível em: <www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34/hemote.asp> . Acesso em: 15 jun. 2011.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000a. (Série Trabalho e Formação em Saúde) v. 1

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000b. (Série Trabalho e Formação em Saúde). v. 2.

HEMORIO. *Principais Componentes Sanguíneos*. Disponível em: <www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/protocolos/2_01.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2012.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J. & HOMERSCHALAK, N. História da hemoterapia no Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 27(3): 201-207, jul.-set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842005000300013. Acesso em: 30 jun. 2011.

LIMA, J. C. F. A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. In: PRONKO, M. a *et al.* (Orgs.). *A Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

LOPES, M. E. D. Organização e administração de serviços de hemoterapia. In: EPSJV (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Série Trabalho e Formação em Saúde). v. 2.

NASCIMENTO, D. R. *As Pestes do Século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

PIMENTEL, M. A. *A Questão do Sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior*, 2006. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(I): 161-182, 1991.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 2(1): 107-149, 1992.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. A politização do sangue no primeiro mundo. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3(2): 165-192, 1993.

SILVA, C. *et al.* A clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. & SOBOLL, L. (Org.). *Clínicas do Trabalho: novas Perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

TARTUCE, G. L. B. P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, 25(87): 353-382, maio-ago. 2004.

Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Este capítulo analisa as relações entre qualificação e construção de identidades profissionais dos trabalhadores técnicos¹ de vigilância em saúde no Brasil. Para tanto, procede-se inicialmente à recuperação histórica do campo da vigilância no país e à retomada dos conceitos de qualificação e identidade nos aspectos considerados pertinentes à análise do tema em questão. Aponta-se para a importância de se pensar os processos de subjetivação como resultantes de dinâmicas ao mesmo tempo sociais, históricas, culturais, contingentes e singulares. Entende-se por isso mesmo que as mudanças nas relações de trabalho no capitalismo contemporâneo² são centrais para a compreensão da relevância analítica da questão identitária como uma das expressões mais significativas da construção do trabalhador contemporâneo. Nesse sentido, considera-se a expressão “forma identitária” (Dubar, 2005) como a mais adequada para a compreensão dos processos de identificação – uma vez que estes estão implicados em diferentes contextos de ação e trajetórias subjetivas (pessoal e social).

Em seguida, analisam-se os diferentes aspectos da qualificação que incidem sobre os processos de identificação desses trabalhadores, focalizando a sua fragmentação institucional, os impasses na regulação do trabalho, a oferta da educação profissional e os desafios da profissionalização.³

¹ Seguindo a compreensão que vem sendo adotada pelo Observatório dos Técnicos de Saúde (EPSJV/Fiocruz) em seus estudos, por trabalhadores técnicos entendemos não apenas aqueles que possuem a habilitação profissional de nível técnico, mas também os trabalhadores de nível fundamental e médio que atuam na área

² Ver a respeito o capítulo de Chinelli, Vieira e Deluiz nesta coletânea.

³ Nos últimos anos, a formação de trabalhadores técnicos na área de vigilância em saúde tem sido objeto de diversos estudos teórico-metodológicos (Monken, 2003; Gondim & Monken, 2003; Monken & Barcellos, 2005; Gondim *et al.*, 2008). Os debates que antecederam a definição das “Diretrizes e orientações curriculares” (Brasil/MS/SGTES/Degees, 2011), no âmbito do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (Profaps), revelaram a dificuldade dos diferentes atores na própria delimitação deste grupo profissional.

Cabe ressaltar, de início, que este grupo profissional é composto por trabalhadores dispersos em várias nomenclaturas, vinculações institucionais, relações e práticas de trabalho distintas, por um lado, em função da fragmentação do campo da vigilância – vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador – e, por outro, em função da descentralização das responsabilidades e ações da área entre as instâncias de governo.

A Vigilância em Saúde no Brasil

As origens

Para investigar a constituição de identidades dos trabalhadores da área da vigilância em saúde é importante examinar a gênese de suas práticas, recuperando a dinâmica de identificações que cada contexto histórico produz.

Difícil tratar de uma única origem para as práticas de vigilância. Seus aspectos constituintes são fruto de um acúmulo na produção de saberes e práticas de saúde ao longo da história da humanidade. Tais aspectos podem ser encontrados tanto na herança de uma tradição milenar de intervenções visando à saúde das sociedades (como demonstram as observações hipocráticas das relações entre saúde e meio ambiente e as obras de engenharia sanitária desenvolvidas pelas civilizações antigas) quanto nas primeiras ações específicas de controle de doenças (como nas práticas de isolamento, no caso da lepra, e de quarentena, no caso da peste).

Foi na Europa Ocidental da segunda metade do século XVIII, com o surgimento dos estados-nação, que se iniciou um processo crescente de disciplinamento dos corpos e de constituição de intervenções sobre os sujeitos, configurando o surgimento da medicina social (Foucault, 1982). A partir daí, vários elementos das práticas contemporâneas de vigilância em saúde podem ser encontrados, como o estabelecimento da “responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo” (Paim & Almeida Filho, 2000), as intervenções saneantes sobre o espaço urbano e o controle da saúde e do corpo da força de trabalho, por meio da oferta de sistemas de assis-

tência, serviços de vacinação, organização dos registros de adoecimento e de óbitos e eliminação dos focos de insalubridade.

No final do século XIX, com o desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da microbiologia, novas e mais eficazes medidas de controle são introduzidas. Surge, então, o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais”. Já em meados do século XX, este conceito tem seu significado ampliado, passando a denominar o “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade”, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Desde sua chegada ao Brasil, os colonizadores portugueses enfatizaram a necessidade de combater a visão mística e mágica da doença com a conversão dos indígenas. A preocupação sanitária, desse modo, aparece estreitamente vinculada às estratégias de dominação econômica e cultural. Com o desenvolvimento da colônia, a assistência dos jesuítas (realizada junto da catequese) vai progressivamente abrindo espaço para o surgimento de físicos e cirurgiões-barbeiros. As ações de controle da varíola, febre amarela e peste bubônica não se distanciam daquelas utilizadas na Europa. O isolamento, nas Santas Casas de Misericórdia, de função mais assistencial do que curativa, foi recurso largamente utilizado no período. No entanto, as mazelas representadas pela varíola e outras doenças pestilenciais começa a colocar em risco o projeto colonial, produzindo um indesejável efeito simbólico:

O ‘paraíso’ tropical anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem foi logo substituído pela versão oposta. Já no século XVII, a colônia portuguesa era identificada como o ‘inferno’, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais de vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes doenças eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português, responsável pela administração das colônias, criou, ainda no século XVI, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. A população colonial, fosse rica ou pobre, tinha medo de submeter-se aos tratamentos desses médicos formados na Europa e preferia utilizar os remédios recomen-

dados pelos curandeiros negros ou indígenas. (Brasil/MS/SVS, 2005: 13)

As primeiras iniciativas de institucionalização de um controle sanitário no país apontam para uma ampliação das medidas empregadas, antes restritas ao âmbito individual:

A ação contra a febre amarela desenvolvida em fins do século XVII, em Pernambuco, inaugura uma nova prática, em que, ao lado das medidas voltadas para o indivíduo – como o isolamento –, são organizadas ações com o objetivo de destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa da doença. Para evitar a sua propagação, aterram-se águas estagnadas, limpam-se ruas e casas, criam-se cemitérios, purifica-se o ar. O fator desencadeante dessas medidas, contudo, é a própria ocorrência de epidemias. Estas, tão logo controladas, são seguidas pela desativação daquelas medidas saneadoras. (Brasil/MS/SVS, 2005: 13)

É somente no início do século XIX que o Estado passa a preocupar-se mais diretamente com a preservação da saúde da população. Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, e o rápido crescimento populacional decorrente da vinda da Corte, a situação sanitária agravou-se, acumulando prejuízos à economia agroexportadora. A imagem de lugar insalubre, “túmulos dos estrangeiros”, era reforçada pelas péssimas condições sanitárias e as recorrentes epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica nas cidades portuárias. Seguindo o crescente movimento de institucionalização e regulação sanitária que caracterizou o surgimento da medicina social na Europa, incorporou-se por aqui o caráter de ação denominado Polícia Médica, originário da Alemanha do século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias.

Com a abertura dos portos brasileiros em 1808 e o decreto de criação do cargo de provedor mor da saúde da Corte, em 28 de julho de 1809, a palavra ‘vigilância’ aparece pela primeira vez no país. Baseada na noção de contágio, ela foi associada às medidas de isolamento para as embarcações vindas de áreas suspeitas de peste ou doenças contagiosas, e ao controle sanitário sobre as mercadorias à bordo.

Em 1808, dom João VI atribui à fisicatura as ações voltadas para os problemas de higiene do meio urbano, o que esboça a ideia de uma política sanitária da cidade. A concepção adotada sobre as causas das doenças baseava-se na teoria miasmática, que concebia as emanções de elementos do meio físico como seus agentes responsáveis, considerados insalubres porque ainda não se conhecia a existência dos microrganismos. Considerava-se que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilenciais oriundos de matéria orgânica em putrefação. Essa matéria em decomposição resultaria de águas estagnadas nos pântanos, para onde seriam carreadas substâncias animais (Brasil/MS/SVS, 2005).

Se, por um lado, é possível dizer que as “as ações voltadas ao controle sanitário do exercício da medicina e da farmácia, da produção, circulação e venda de produtos de interesse da saúde, assim como da circulação de pessoas apresentam uma trajetória vinculada à constituição dos serviços sanitários iniciada no começo do século XIX, com a instalação da Corte portuguesa, em 1808” (Costa, Fernandes & Pimenta, 2008), por outro, o controle de doenças já está presente entre as primeiras medidas de saúde quando da introdução da varíola e da febre amarela no século XVII.

No entanto, é na virada do século XIX para o século XX que a institucionalização da vigilância se dá com mais força, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública. Em meados do século XIX, eram dois os paradigmas médicos que procuravam explicar a propagação das doenças: de um lado os contagionistas; de outro, aqueles que, atualizando a teoria miasmática de Hipócrates, acreditavam na constituição epidêmica, também chamada de teoria da infecção. Os contagionistas acreditavam que as doenças eram transmitidas de pessoa a pessoa, direta ou indiretamente. Para os anticontagionistas, a infecção se dava por ação da putrefação de substâncias animais e vegetais – os miasmas mórbidos – sobre o ambiente. No entanto, o inconcluso debate entre as duas correntes não se limitou às razões científicas: o apoio dos contagionistas à quarentena e ao isolamento – medida cada vez mais impopular entre os políticos e governantes – colocava a economia do Segundo Reinado em uma situação cada vez mais delicada. Em contrapartida, os pressupostos civilizatórios da ideologia higienista indicavam a necessidade de aperfei-

çoamento moral e material da sociedade, o que fortaleceu a posição de médicos e engenheiros para a defesa de ações saneadoras na Junta de Higiene, como a demolição de cortiços e estalagens. Ou seja, as reformas urbanas do final do século XIX foram movidas bem mais por razões de interesse empresarial do que por preocupações com imperativos científicos ou com a salubridade da população (Chalhoub, 2004).

A presença de sanitaristas recém-formados na Europa – entre os quais figurava Oswaldo Cruz – afastará progressivamente as concepções miasmáticas até então vigentes. Mantendo a preocupação com a criação de condições sanitárias mínimas para a manutenção das relações comerciais e para o êxito da política de imigração, o combate às doenças pestilenciais passa a se desenvolver a partir da adoção de medidas jurídicas impositivas, como a notificação de doenças, a vacinação obrigatória e a vigilância sanitária em geral (Brasil/MS/SVS, 2005). As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola deixarão marcas profundas no reconhecimento destes trabalhadores junto à população: o componente autoritário das ações evidenciava um distanciamento cada vez maior da ciência (que as legitimava) do conhecimento popular. Esse traço identitário será reforçado anos mais tarde, por força do caráter centralizador com que se revestirá a cooperação médico-sanitária e educacional estabelecida entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, em 1923. Foi nesse período que entrou em vigor o Regulamento Sanitário Federal, considerado o primeiro código sanitário nacional (decreto n.16.300, de 1923), no qual o termo vigilância sanitária é utilizado para expressar o controle de pessoas (doentes ou suspeitos), estabelecimentos e locais.

Compreendidas no contexto de afirmação nacional da era Vargas, as campanhas promovem a mobilização popular em torno dos objetivos do “combate às doenças”. A criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), em 1937, e do Serviço de Malária do Nordeste (SMN), em 1939, atesta o volume de recursos envolvido nas campanhas. O tom triunfal, típico do período de guerras, será ainda mais forte quando da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942. Devido a razões de ordem estratégica – proporcionar apoio médico-sanitário às regiões produtoras de materiais para o esforço de guerra (no caso, a borracha) –, o Sesp foi responsável por uma atuação em áreas geográficas distantes, sendo pioneiro na assistência domiciliar e na implantação de

redes hierarquizadas de atenção à saúde. São heranças desse período o uso disseminado de termos e expressões típicas do universo simbólico militar – ‘erradicação’, ‘combate’, entre outras –, a estrutura fortemente hierarquizada das organizações, baseadas em relações de estrita subordinação entre guardas, chefes, supervisores e superintendentes, bem como o uso de uniformes e distinções.

No que diz respeito ao tema deste capítulo, é importante ressaltar a força de um processo de identificação que perdura até hoje. Mesmo sofrendo abalos decorrentes dos rearranjos institucionais ao longo da história,⁴ é possível encontrar vários elementos constituintes desta identidade na trajetória de seus trabalhadores, como o código de condutas e disciplina da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) na campanha de erradicação da malária na década de 1970, ou mesmo o reconhecimento do trabalho dos chamados “guardas de endemias” pela população e pelos gestores do sistema de saúde.

A institucionalização

A participação do Brasil na campanha internacional de erradicação da varíola, nas décadas de 1960 e 1970, é reconhecida como o marco de institucionalização da vigilância no país (Teixeira & Risi Junior, 1999). Em 1968 é criado o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), na Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), para onde eram encaminhados os casos suspeitos para realização de bloqueio vacinal. Em 1973, na esteira dos excelentes resultados da campanha de erradicação da varíola, é instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), e em 1975, diante de uma grave crise sanitária – epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho –, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, estratégia que visava articular as ações curativas – então sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – e preventivas – executadas pelo Ministério da Saúde. Por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema

⁴ O SNFA e o SMN foram incorporados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde (DNERu) em 1956, dando origem à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970. O Sesp, por sua vez, foi transformado em fundação do Ministério da Saúde em 1960. Posteriormente, Sucam e FSESP serão fundidas para dar lugar à Fundação Nacional de Saúde (FNS), em 1991.

Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e, no ano seguinte, o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos, abrangendo 14 doenças para todo o território nacional.

Nesse mesmo contexto, em 1976, instituiu-se a Secretaria Nacional de Vigilância (SNVS), consolidando a dissociação entre a vigilância epidemiológica – cuja preocupação maior era o controle de doenças – e a vigilância sanitária – responsável pela fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, da produção, distribuição e consumo de medicamentos, alimentos, cosméticos, bens e serviços de interesse à saúde.

O contexto de redemocratização que embalou a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 fortaleceu o movimento sanitário brasileiro na luta pela garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao lado de um conjunto de atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas ações de vigilância em saúde são indicadas no artigo 200 da Constituição Federal:

controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como daquelas orientadas para a saúde do trabalhador; participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o do trabalho. (Brasil, 1988)

Após a promulgação da nova Carta, procedeu-se à elaboração das leis complementares que compõem o arcabouço jurídico do SUS. Na lei 8.080/90, artigo 6, § 1º e 2º, as vigilâncias sanitária e epidemiológica são assim conceituadas:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I) o controle de bens de

consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. (Brasil, 1990)

Em 1990, mesmo ano em que são publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, procede-se a fusão da FSESP e da Sucam, constituindo a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que incorpora as áreas técnicas remanescentes da Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde (SNABS) e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES). Nesse momento, é criado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), departamento da Funasa que recebe diversos programas de controle de doenças, como tuberculose, hanseníase e as doenças imunopreveníveis. Na mesma Funasa, porém no Departamento de Operações (Deope), são acompanhadas as doenças de transmissão vetorial e as endemias rurais.

O trabalho desenvolvido pelo Cenepi foi fundamental na década de 1990, promovendo o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e a consolidação dos diversos sistemas de informação em saúde, como o Sistema Nacional de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), entre outros.

Nessa mesma década, o esforço de implantação do SUS foi acompanhado de um intenso período de criação de normatizações e regulações visando à definição dos papéis dos entes federados na gestão e operacionalização do sistema, das formas de financiamento, dos mecanismos de repasse de recursos e dos processos de descentralização das ações. A publicação das normas operacionais básicas (NOB-SUS 91 e NOB-SUS 96) permitiu, a partir de instrumentos de pactuação específicos (Programação Pactuada Integrada – PPI), que a gestão da atenção fosse fortalecida desde os sistemas municipais de vigilância.

Por sua vez, a área da vigilância ambiental, ainda que possua raízes profundas na história da saúde pública brasileira, não logrou institucionalização semelhante às áreas correlatas. Desenvolvida sempre como atividade associada às estratégias de controle de doenças, principalmente no enfrentamento de endemias, ainda hoje os avanços conceituais da área são pouco incorporados às políticas e práticas de saúde. Partindo de uma compreensão mais ampla da produção da saúde e da doença, diversos modelos teóricos têm sido propostos visando a uma intervenção global sobre os problemas de saúde, como o enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida (Minayo & Miranda, 2002) e o de aplicação do princípio de precaução (Augusto & Freitas, 1998). No entanto, ainda hoje esta área permanece incipiente na maioria dos municípios brasileiros. Na década de 1990, por intermédio do financiamento do Banco Mundial, iniciou-se a estruturação da área de vigilância ambiental no Brasil através do Projeto Vigisus.

Em que pese a ampla defesa da descentralização no movimento sanitário, entendida como diretriz para a organização de um sistema de saúde pública regionalizado, integral e participativo, sua identificação como um componente estratégico das políticas neoliberais também tem sido destacada.

Desde 2003, com a reestruturação organizativa do Ministério, a vigilância ambiental em saúde está constituída como uma Coordenação Geral dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGVAM).

Ainda em 1999, 23 anos depois da criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, o Congresso aprova a lei 9.782, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que passa imediatamente a coordená-lo. A proposta de criação de agências reguladoras neste período encontra-se respaldada nas diretrizes e condicionalidades dos empréstimos externos dos organismos internacionais, como Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na esteira da reconfiguração neoliberal do Estado brasileiro iniciada em 1995 pelo governo Fernando Henrique Cardoso. No que se refere às repercussões dessa reconfiguração na vigilância sanitária, Souza (2009) ressalta que

as reformas institucionais das vigilâncias não devem ser assumidas como simples reajustes organizacionais. A subtração de objetos da vigilância sanitária está mais afeta à composição de estratégias voltadas para a racionalidade de um novo Estado, onde a política de saúde se afasta dos objetos que relacionam saúde com riscos fora da dimensão ‘biologicista’, ou seja afasta a saúde das questões das determinações sociais da doenças.

De fato, diversos autores que analisaram o contexto de implementação das políticas de saúde dos anos 90 (Mendes, 1994; Fleury, 2004) ressaltam o contraponto entre os avanços das políticas de cunho universalista do texto constitucional e o processo de “universalização excludente” (Feveret & Oliveira, 1990), de reinterpretação neoliberal e em defesa de uma política restritiva de gastos governamentais e indução de maior participação do subsistema privado (incremento dos segurados nos planos de saúde) e de instituições não governamentais nos sistemas locais.

Logo após o início do governo Lula, em 2003, é criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passa a desempenhar as atividades do extinto Cenepi – como os programas nacionais de controle da dengue, da malária e demais doenças transmitidas por vetores; o programa nacional de imunizações; a vigilância de doenças de transmissão hídrica e alimentar; o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes. Além de agregar também programas que estavam ligados a outras áreas do Ministério, como os programas de controle da tuberculose, da hanseníase, das hepatites virais, das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, a SVS incorpora a coordenação das ações de vigilância ambiental e de agravos de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Um de seus departamentos estratégicos realiza análises sistemáticas da situação de saúde do país, não só monitorando os indicadores sanitários tradicionais, mas associando-os a indicadores socioeconômicos e ambientais provenientes de outras agências públicas.

Ainda que esta nova configuração institucional (criação da SVS) possibilite uma abordagem cada vez mais integrada e eficaz da vigilância, persiste a separação entre as ações coordenadas por esta secretaria (vigilância epidemiológica, ambiental, controle de doenças e análise de situação da saúde) e as ações de vigilância sanitária, sob a responsabilidade da Anvisa. Mecanismos integradores – como a portaria GM/MS 1.172/04

(Brasil/MS, 2004), que incorpora as ações básicas de vigilância sanitária na definição dos parâmetros para a Programação e Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), e a portaria GM/MS 399/06 (Brasil/MS, 2006), que contempla o Pacto de Gestão, firmado entre os gestores do SUS, localizando o financiamento de todas as ações de vigilância em um bloco único – não impedem que estas atividades continuem a ser planejadas e operacionalizadas de forma independente, sob racionalidades bastante distintas. Longe de se configurar como uma questão restrita à estrutura organizacional do nível federal, tal fragmentação se reproduz em boa parte das estruturas municipais, ainda que seja observada maior variabilidade de formas de organização dos serviços.

Essa recuperação histórica explica a conformação da vigilância como um campo fragmentado onde se disputam concepções distintas: vigilância como monitoramento e prevenção de agravos e doenças (representado pela SVS);⁵ vigilância sanitária como proteção aos danos e riscos (representado pela Anvisa); e vigilância em saúde como rearticulação de saberes e práticas, não institucionalizada na estrutura executiva do Ministério da Saúde, mas representada por instituições formadoras, como o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Essas distinções implicam, por sua vez, disputas sobre o que é o trabalho na vigilância, a formação e a qualificação profissionais, impactando a organização e o processo de construção da identidade desses trabalhadores.

Qualificação e Identidades Profissionais

De acordo com Machado (1996: 13), a questão da qualificação é relevante para os processos formativos em seus vários aspectos: seja como objetivo teleológico, seja como “elemento de mediação das prá-

⁵ Embora designada como de “Vigilância em Saúde”, esta secretaria do Ministério possui como referência as bases conceituais e epistemológicas do sanitarismo, elegendo o conhecimento epidemiológico como núcleo central para a organização de suas ações. Tendo como objeto o controle de doenças, seus fundamentos remetem à história natural da doença e ao modelo multicausal, apresentando pouca atuação na promoção e proteção da saúde em nível coletivo (exceção às práticas de imunização). Diferentemente, neste estudo, por Vigilância em Saúde entende-se a vertente teórica que a concebe como uma proposta de reorganização tecnológica das práticas de saúde e não a sua versão institucionalizada pelo Ministério da Saúde.

ticas pedagógicas e das relações de trabalho”. Ao permitir a inclusão das trajetórias individuais e coletivas dos trabalhadores na análise das relações de trabalho e emprego, ela se coloca como “uma dimensão importante na definição de coletivos, vale dizer, de identidades e interesses em grupos sociais específicos” (Castro, 1993: 211), ajudando a compreender os conflitos e tensões vividos no momento em que se acentuam as diferenciações entre os segmentos de trabalhadores.

Na visão da economia neoclássica, a qualificação é reduzida ao capital humano: um conjunto de predicados (conhecimentos, habilidades e atributos de personalidade) a serem adquiridos individualmente pelos trabalhadores para posicioná-los no mercado de trabalho. Diferentemente, um conjunto expressivo de autores vinculados à sociologia do trabalho e à educação tem abordado a qualificação a partir de diversos aspectos que configuram as situações de trabalho, incluindo os contextos econômicos, culturais, institucionais, os sistemas de regulação e formação profissional, as formas de contratação, inserção e reconhecimento social. De acordo com Villavicencio (*apud* Machado, 1996: 35-36), o estudo da qualificação requer

a análise das formas de organização social do trabalho, da construção de redes de intercâmbio e circulação de saberes, da capacidade dos indivíduos de construir uma linguagem, formas de comportamento, relações de negociação, de aliança e de enfrentamento com respeito às incertezas técnicas e organizativas vividas na situação de trabalho, ou seja, da própria construção social de um sujeito coletivo. A qualificação depende, portanto, de condições objetivas e da disposição subjetiva, através da qual os trabalhadores, como sujeitos ativos, constroem e reconstróem sua profissionalidade, na luta pelo seu reconhecimento, na efetivação de seu poder.

Assim, a construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho, convergem para um processo de construção social de identidades. Por meio da análise dos processos de qualificação, pode-se investigar, por exemplo, o impacto das políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhadores.

Um dos principais espaços de atividade social onde se processam

os movimentos de construção, desconstrução e reconstrução de identidades é, sem dúvida, a esfera do trabalho. É através do trabalho que os seres humanos, conscientemente, criam e recriam sua própria existência, respondendo à produção dos elementos necessários à vida nas dimensões biológica, intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva (Frigotto, 2006). Porém, como indicou Marx, é também através do trabalho assalariado que se dá a exploração do homem pelo homem no capitalismo. Essa dupla face do trabalho – ontológica e histórica (Ramos, 2007) – torna mais complexa a compreensão dos processos identitários a ele associados. Enquanto espaço de socialização, o trabalho é permeado de tensões e interações que ora reduzem o trabalhador à mercadoria, objeto das relações sociais de produção, ora possibilitam o investimento subjetivo de identificação, permitindo sua realização como sujeito.

As profundas transformações do trabalho na atualidade indicam uma dificuldade cada vez maior em estabelecer elos e vínculos identitários. De acordo com Sennett (2004), é cada vez mais difícil estabelecer projetos de médio ou longo prazo. A desregulamentação das relações de trabalho, as formas de contratação temporária, a flexibilização como princípio organizacional das empresas, entre outros, têm produzido novas formas de subjetivação, colocando em xeque a ideia de identidades profissionais fixas.

Na chamada modernidade líquida (Bauman, 2005), a questão da identidade adquire ênfase renovada. De fato, se inicialmente entendermos a identidade como “parte fundamental do movimento pelo qual os indivíduos e grupos compreendem os elos, mesmo imaginários, que os mantém unidos” (Moreira & Macedo, 2002: 13), não se torna difícil perceber que vivemos um momento de grandes mudanças. A crescente complexidade das dinâmicas sociais onde são produzidas, reproduzidas e contestadas essas identidades é indicadora de sua instabilidade. Para esses autores, “não surpreende que a identidade venha se impondo como categoria de particular relevância para a compreensão dos fatos sociais contemporâneos” (Moreira & Macedo, 2002: 13).

Considera-se que para que se possa compreender o que há de específico na dinâmica das identidades profissionais torna-se fundamental operar um movimento de revisão e ampliação de dois conceitos fundamentais: o primeiro refere-se à própria noção de profissão que, restrita

à ideia de profissões ‘sábias’, liberais e científicas, limita a possibilidade de qualificar de ‘profissional’ os processos formativos destinados a trabalhadores de distintos setores que ainda não tenham a regulamentação de seu exercício. De acordo com Dubar (2005), o termo profissionalidade estende a compreensão do âmbito profissional a todos os empregos existentes. Para esse autor, as profissões e os ofícios possuem uma origem comum nas corporações surgidas na Idade Média, por volta do século XI. Estruturadas de modo a garantir a competência jurídica que permitia o exercício de uma arte (liberal ou mecânica), as corporações, ao mesmo tempo que instituíam o pertencimento e reconhecimento de seus pares, defendiam seu monopólio em defesa do bem comum. Esse modelo comunitário caracterizava as corporações como confrarias, unia seus membros em laços morais: ao entrar em um ofício, o artesão adquiria também uma determinada condição social e uma qualidade ontológica permanente que compartilhava com quem exercia o mesmo ofício.

Com o desenvolvimento das universidades no século XIII, as artes liberais e as artes mecânicas começam a se dissociar, opondo as profissões e os ofícios. Contudo, mesmo com a diferenciação e o desenvolvimento das profissões, do ponto de vista identitário subsistia uma semelhança fundamental entre ofícios e profissões: “a dignidade e a qualidade de um estado juramentado, socialmente legítimo e pessoalmente incorporado graças à eficácia simbólica dos ritos sociais” (Dubar, 2005: 165).

Acompanhando essa perspectiva, Ramos (2001: 239) destaca que o conceito de profissão envolve as dimensões econômica, social e ético-política. Esta, por sua vez, tendo em vista que aponta para a contribuição social da profissão, está diretamente implicada nas dimensões psicológica e pedagógica envolvidas na sua aquisição. Para além do caráter pessoal de produção da existência humana, possui um sentido social, na medida em que

(...) o sujeito desenvolve em si um sentimento de pertencimento a uma organização profissional, cuja identidade coletiva configura-se pelo compartilhamento de parâmetros classificatórios comuns e realidades de trabalho equivalentes, configurando uma estrutura corporativa. Portanto, a profissão tem uma dimensão sociológica, caracterizada pela construção histórica de laços corporativos de autorregulação e proteção

coletiva, bem como de regulação do mercado de prestação de serviços, cujo acesso costuma estar determinado pelo credenciamento educativo.

Assim, uma profissão pressupõe a existência de organizações responsáveis pela criação e manutenção de “normas, processos, valores, regras e acordos, quais sejam, os conselhos profissionais, os sindicatos e associações” (Ramos, 2001: 239), como também um sentido de coletividade, em que a relativa estabilidade identitária é fundada no compartilhamento de práticas, conhecimentos, técnicas e linguagens. Este parece ser um dos pontos de maior fragilidade da área de vigilância: a histórica fragmentação institucional e das práticas não favorece o surgimento de um sentido de coletividade, uma vez que os vocabulários técnicos ainda encontram-se vinculados à especificidade de cada estrutura operacional. Assim, as formas de organização dos processos de trabalho acentuam o distanciamento e a diferenciação entre os trabalhadores. O gerenciamento por áreas (vigilância de produtos, de serviços, de portos/aeroportos/fronteiras), muito comum na vigilância sanitária em municípios de maior porte, torna ainda mais complexa essa identificação.

Ao analisar especificamente os trabalhadores da vigilância sanitária, Costa (2008: 81) destaca a dimensão política de sua atuação, uma vez que

controlar riscos, originados fundamentalmente de processos resultantes da intervenção humana, confere à vigilância sanitária uma função mediadora de um conjunto de interações complexas no universo das relações produção-consumo – o *locus* privilegiado de atuação – em que interesses econômicos e sanitários no mais das vezes se encontram em confronto com as forças do mercado.

Prossegue a autora: como agente público, o trabalhador da vigilância sanitária é investido do poder de polícia, uma vez que suas práticas são de competência exclusiva do Estado: “a competência do Estado para impor condicionamentos se faz acompanhar da necessária competência para fiscalizar a sua observância”. Do mesmo modo, a complexidade da área impede a atuação exclusiva de uma única categoria profissional:

a diversidade de objetos (alimentos, agrotóxicos, saneantes, cosméticos, medicamentos, múltiplos serviços de saúde, meios diagnósticos, equipamentos, derivados do tabaco e tantos outros) e de práticas (normatização, autorização de funcionamento de empresas, licença de estabelecimentos, registro de produtos, inspeções, fiscalização, monitoramento de qualidade e outros atributos, de efeitos adversos, controle de propaganda, rótulos, bulas e embalagens, entre outras) requer multiprofissionalidade de seu corpo técnico, informação e conhecimento científico amplo, aprimorado e permanentemente atualizado (...); (Costa, 2008: 82-83)

O paradoxo envolvido na questão identitária dos trabalhadores da vigilância em saúde assim se configura: de um lado, uma perspectiva integradora que, para além de mera construção conceitual de preocupação acadêmica, apresenta alguns dispositivos e arranjos político-institucionais que nos últimos dez anos vêm reconfigurando as práticas e as relações de trabalho e de formação; de outro, a não existência de movimentos de articulação de demandas capazes de agrupar e organizar esses trabalhadores em torno de reivindicações comuns faz com que permaneçam acentuadas as diferenças internas e outras formas de identificação.

A Formação Profissional dos Técnicos em Vigilância

Essa fragmentação em subáreas também se reflete na organização sindical e associativa dos trabalhadores. As incipientes formas de representação – quando existem – constituem-se em torno das estruturas operacionais da vigilância⁶ (sanitária, controle de endemias) ou são remetidas a organizações que reúnem um amplo conjunto de categorias profissionais lotadas nos estabelecimentos de saúde,⁷ atestando a pouca coesão em torno do significativo ‘vigilância em saúde’. Na vigilância sanitária, grande parte das associações de fiscais sanitários agrega trabalhadores de nível médio e superior, conferindo mais o caráter de aprimoramento técnico e de valorização da categoria do que de reivindicação de direitos. Esse movimento pode ser percebido na história dos

⁶ Por exemplo, Associação dos Agentes de Combate às Endemias de Salvador (AACES-BA), Sindicato Municipal dos Agentes de Combate a Endemias de Maceió (Simacem), Associação Brasileira dos Profissionais em Vigilância Sanitária (ABPVS).

⁷ Por exemplo, Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Tocantins (Sintras-TO).

encontros dos profissionais e na organização dos simpósios brasileiros de vigilância sanitária (Simbravisa). Ultimamente, a perspectiva de integração institucional da área em torno do conceito de vigilância em saúde tem feito surgir uma reação corporativa, caracterizada pela defesa da especificidade e centralidade das 'vigilâncias'. De modo mais incipiente, os agentes de combate/control de endemias vêm se organizando após a cessão dos servidores da Funasa aos estados e municípios em 1999 (Brasil/MS, 1999). Esse movimento se intensifica após a publicação da lei n. 11.350, que regulamenta as atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias (Brasil/Presidência da República, 2006). A luta pela defesa de um piso nacional vem sendo recentemente acompanhada por reivindicações de adicional de insalubridade, de aposentadoria especial e de melhoria das condições de trabalho. Em alguns estados, em função do tratamento comum conferido às duas categorias pela lei, os agentes de endemias estão organizados em associação junto aos agentes comunitários de saúde.

Apesar do reconhecimento da importância estratégica da área de vigilância em saúde para o fortalecimento da atenção básica, até o final da década de 1990 eram poucas as instituições públicas e privadas que ofertavam esta formação. Quase que invariavelmente, os trabalhadores recebiam treinamentos em serviço, baseados em geral nos requisitos técnicos necessários para o desempenho de tarefas relativas ao controle de doenças ou à realização de procedimentos padronizados. Esses cursos estavam sob a responsabilidade das coordenações regionais da Funasa ou dos departamentos e coordenações estaduais e municipais diretamente envolvidos nas ações de vigilância. De curta duração, os cursos eram baseados nos manuais técnicos editados pelo Ministério da Saúde.

A partir da criação da Funasa, na década de 1990, foram organizados e ofertados cursos com maior preocupação com a formação de uma base interdisciplinar de conhecimentos para a atuação na área. O curso básico de vigilância epidemiológica (CBVE) e, posteriormente, o curso básico de vigilância ambiental em saúde (CBVA) foram marcos nesse sentido. Com carga horária maior, apresentavam uma seleção de conteúdos e um desenho metodológico que demonstravam maior preocupação com a aprendizagem dos estudantes e com a articulação de conhecimentos de diferentes áreas (história, bioestatística, epidemiologia, gestão dos serviços, políticas de saúde, meio ambiente, entre outras).

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) (Brasil/MS, 2003) também merece destaque no cenário do início da década de 2000. Ainda que não apresentasse uma carga horária suficiente para conferir a habilitação técnica, o caráter nacional de sua oferta – presente em 26 dos 27 estados da federação –, o alcance massivo de matrículas – cerca de 30.000 egressos entre os anos de 2004 a 2007 – e a grande mobilização institucional que representou⁸ fizeram com que este projeto tenha sido considerado estratégico para sedimentar a importância do prosseguimento da formação para a habilitação técnica.

Em estudo que analisou os documentos referentes à proposta – incluindo seu material didático –, Batistella destaca três eixos em torno dos quais o currículo do Proformar projeta a identidade do agente local de vigilância em saúde: a identidade com o SUS, com a comunidade e com a própria área de atuação. Da mesma forma, o discurso em defesa de uma formação comum – introdutória – para os trabalhadores de nível elementar e médio das diversas funções exercidas na área da vigilância em saúde intenciona “a constituição de uma identidade profissional que possibilite maior capacidade de luta pela qualificação do trabalho, envolvendo formação, relações de trabalho e mudança nas práticas e na organização tecnológica do trabalho em saúde” (Batistella, 2009: 238-239).

A partir dos anos 2000, com o advento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e, posteriormente, com a criação da SGTES no Ministério da Saúde, começa a ganhar força a perspectiva de formação de técnicos para o SUS. A criação de uma área responsável pela ordenação da formação técnica junto ao Departamento de Gestão da Educação (Deges/SGTES/MS) se reflete na elaboração de perfis de competências e de referenciais curriculares para a formação de técnicos em saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (Brasil/MS, 2004; Brasil/MS/MEC, 2004), sedimentando uma tendência – ainda que permeada de contradições e resistências – de qualificação do trabalho e dos trabalhadores técnicos no SUS.

⁸ Em cada um dos estados em que o programa se desenvolveu, foram criadas comissões de coordenação responsáveis pela organização das demandas formativas dos municípios e pela definição das diretrizes operacionais. Compostas por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Funasa, universidades e conselho estadual de saúde, encaminhavam suas propostas para pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), reforçando os espaços democráticos de decisão e os movimentos de regionalização existentes.

Na última década (2001-2011), pode ser observada uma franca expansão de vagas na formação técnica de vigilância em saúde, particularmente alavancada pela prioridade concedida a esta área no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), somente nove instituições ofertavam cursos nesta área entre 2001 e 2006, ao passo que no período de 2007 a 2011 esse quadro já era de 31 instituições (Brasil/RET-SUS, 2012). Segundo informações da Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (RET-SUS), 11 das 36 escolas técnicas da rede já estão oferecendo a formação, mobilizando a abertura de um número expressivo de turmas. O forte investimento do Deges/SGTES/MS nos últimos dois anos tem contado com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES) e do próprio Profaps.

A recente publicação das “Diretrizes e orientações para a formação de técnicos de vigilância em saúde” (Brasil/MS/SGTES/Deges, 2011) confirma o redimensionamento de seu papel no cenário de políticas de expansão e qualificação da atenção básica no Brasil (Brasil/MS/SGTES/Deges, 2011). A prioridade concedida à área da vigilância em saúde é explicitada na introdução do documento:

A definição das diretrizes e orientações para a formação do técnico em vigilância em saúde fundamenta-se nos princípios filosóficos e operacionais do SUS e tem como premissa atender às responsabilidades e competências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVS) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa) atreladas aos objetivos do Profaps e à observância das bases políticas e legais da Política Nacional de Educação.

Em contrapartida, regulação dos processos formativos que se observa segue a tendência de reformas educacionais iniciada na década de 1990, no contexto mais amplo das reformas de Estado. Esse esforço normativo e centralizador aparece contraditoriamente associado a um discurso pelo fortalecimento da gestão descentralizada e de uma cultura de desempenho (Ball, 2001; Apple, 2002; Santos, 2004).

No que toca o interesse mais direto deste capítulo, é importante assinalar que, até 2008, a oferta na área de vigilância contemplava cursos

denominados ‘técnico de vigilância sanitária’ ou ‘técnico de vigilância sanitária e saúde ambiental’. A partir da publicação do *Catálogo Nacional de Cursos* (Brasil, 2008b), a denominação passou a ser ‘técnico de vigilância em saúde’. Essa mudança, ainda que aparentemente sutil, pode ser considerada um importante dispositivo para desencadear novos processos de identificação, uma vez que permite uma formação mais ampla, integrando, no plano curricular, as diferentes subáreas e suas especificidades.

A discussão que envolveu a construção do texto da política “Diretrizes e orientações para a formação técnica em vigilância em saúde” exprime as dificuldades encontradas pelo grupo de trabalho (GT) do Ministério da Saúde para sua elaboração: a complexidade da área, que compreende uma gama bastante ampla de práticas do campo da saúde pública; a diversidade de arranjos organizacionais nas secretarias municipais de saúde; a inespecificidade das atividades circunscritas a cada subárea; os conflitos de poder envolvendo as principais instituições e as divergências conceituais são alguns dos elementos que essa dificuldades caracterizam, reafirmando a importância desse debate. Isso já havia sido constatado em um estudo anterior realizado pelo Ministério da Saúde e Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG), com a participação da EPSJV/Fiocruz (Nescon/UFMG, 2008), quando foi detectada uma gama bastante ampla de nomenclaturas para os trabalhadores de nível médio que atuam na área. Essa vastidão de nomes reflete, de um lado, a diversidade de práticas e funções desempenhadas; de outro, uma indefinição quanto ao papel desses profissionais, a natureza de suas ações e o pertencimento ou filiação a uma ou mais categorias.

Vale ressaltar que, para além da notável expansão da oferta – de menos de dez turmas/ano em todo país, para mais de oitenta turmas, com uma perspectiva de 2.500 matrículas somente em 2012 –, a formação também passou a ser realizada nas regionais de saúde de vários estados. A descentralização e o alcance massivo da formação, além do esperado impacto nas ações de vigilância em saúde na atenção básica, representam uma mudança significativa no cenário de qualificação dos trabalhadores da área: a expressiva expansão da formação pode significar um importante movimento no que diz respeito à inserção e permanência destes profissionais nos quadros municipais, cuja dificuldade de fixação tem sido em parte associada à proliferação de contratos precários e à terceirização via organizações sociais – formas alternativas cada

vez mais comuns nas gestões municipais para contornar as limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal. À medida que o contingente de técnicos formados busque o reconhecimento e a valorização de seus diplomas, acena-se para a possibilidade de organização da categoria em associações, sindicatos e confederações, de luta por cargos nos concursos junto à gestão pública e, conseqüentemente, de fortalecimento da profissionalização.

De fato, conforme já se indicou, os trabalhadores da área da vigilância em saúde representam um grupo bastante heterogêneo, com diferenças substantivas quanto à natureza das práticas, formação, vínculos institucionais, locais de atuação, salários e formas de contratação. Estão genericamente distribuídos nas estruturas operacionais da vigilância das secretarias municipais e estaduais de saúde, compondo as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador. Estes segmentos profissionais, dada a pouca coesão e a dificuldade de estabelecimento de vínculos identitários, não logram o reconhecimento e a constituição de uma profissão, caracterizando-se pela ausência de regulamentação profissional específica para o exercício das atividades correspondentes.

A designação ‘técnico de vigilância em saúde’ não integra a *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sendo possível, no entanto, encontrar afinidades com a família dos ‘agentes da saúde e do meio ambiente’ (código 3522), cuja descrição sumária indica que “orientam e fiscalizam as atividades e obras para prevenção/preservação ambiental e da saúde, por meio de vistorias, inspeções e análises técnicas de locais, atividades, obras, projetos e processos, visando o [sic] cumprimento da legislação ambiental e sanitária; promovem educação sanitária e ambiental” (Brasil/MTE, 2002) e também com a família dos ‘trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde’, que, de acordo com a descrição

visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de

saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da emergência e socorrem as vítimas. (Brasil, 2002)

A inespecificidade das descrições encontradas na CBO contrasta com o texto de apresentação do técnico de vigilância em saúde encontrado no *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*, cuja indicação informa que este profissional

desenvolve ações de inspeção e fiscalização sanitárias. Aplica normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive do trabalho, e serviços de interesse da saúde. Investiga, monitora e avalia riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. Compõe equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Atua no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras. Desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores. (Brasil/MEC, 2008b: 37)

Em contrapartida, de acordo com as ‘diretrizes e orientações para a formação do técnico de vigilância em saúde’, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2011 para orientar as construções curriculares pelas instituições formadoras

a lógica da regulação desse profissional difere da que se aplica para os demais técnicos da área da saúde, a saber: é um exercício profissional regulado e fiscalizado diretamente por organismos de Estado, dos quais se destaca o SUS, especificamente o Sistema Nacional de Vigilância na Saúde (SNVS) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa). (Brasil/MS/SGTES/DeGES, 2011: 25)

No entanto, embora constituindo apenas um segmento dos trabalhadores técnicos que atuam nesta área, os agentes de combate às endemias, em decorrência do processo de descentralização em curso no país, têm suas atribuições definidas através da lei n. 11.350/2006: “o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e

sob supervisão do gestor de cada ente federado” (Brasil/Presidência da República, 2006). De acordo com o artigo 7º,

o agente de combate às endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e II - haver concluído o Ensino Fundamental. Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta lei, estejam exercendo atividades próprias de agente de combate às endemias. (Brasil/Presidência da República, 2006)

Nesta mesma lei, no artigo 9º, são definidas novas regras para sua contratação:

A contratação de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. (Brasil/Presidência da República, 2006)

Assim, dentre os múltiplos processos de identificação que vêm se configurando a partir das políticas de educação e trabalho na área da vigilância em saúde, ao menos quatro merecem destaque: para um conjunto significativo de trabalhadores mais antigos, cujo vínculo de pertencimento à Funasa foi desfeito após sua cessão às gestões municipais em 1999, e para os quais prevalece a sensação de abandono, podemos falar em uma identidade em ruínas; para outro grupo, no qual os atritos decorrentes dos conflitos de poder e de atribuições entre as subáreas da vigilância denotam um campo de delimitação de fronteiras, as formas identitárias apresentam-se provisórias e contingentes. Por sua vez, aos trabalhadores ligados à vigilância sanitária, afirma-se um discurso de redefinição identitária, cuja desfiliação de uma identidade policial, “cartorial, fiscalizadora e normativa” (Costa, Fernandes & Pimenta, 2008) daria lugar a uma postura mais crítica, voltada para o desenvolvimento de ações de controle de riscos no campo da saúde coletiva. Por fim, quando analisados os movimentos de integração que vêm se fazendo notar através dos mecanismos de regulação da formação

(catálogo nacional de cursos e diretrizes curriculares nacionais), abre-se a possibilidade de constituição de novos processos de identificação. De um modo ou de outro, as formas identitárias passam a ser vistas como em permanente processo de desestruturação e reestruturação, sendo, portanto, produto de sucessivas socializações (Dubar, 2005).

Considerações Finais

Diante da dificuldade de análise do trabalho em vigilância em saúde – caracterizado pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade – e em face da inexistência de uma profissão de nível superior que contemple a sua complexidade, é bem-vinda a noção elaborada pelo professor Jairnilson Paim, pesquisador do ISC/Ufba, que a concebe como

uma proposta de ação que rearticula saberes e práticas, ou seja, uma área de práticas com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações. (Paim, 2004)

De forma diferente do que ocorreu com outras categorias da saúde, a vigilância não logrou a constituição de uma identidade profissional capaz de aglutinar um contingente significativo de trabalhadores que atuam em diferentes funções de sua estrutura. Uma aproximação à compreensão deste cenário requer, para além do exame da história de desenvolvimento das práticas e das instituições que lhe compõem, identificar as especificidades de uma área inerentemente interdisciplinar, cujos saberes e práticas não estão sob domínio restrito de nenhuma profissão (família profissional) de nível superior. Da mesma forma, é impossível situá-la (em sua totalidade) nos contornos de uma política fundante ou de referência, como ocorre, por exemplo, com as áreas da saúde bucal e da atenção básica. Em outras palavras, até o momento, a vigilância em saúde parece não apresentar dispositivos históricos, institucionais, políticos ou mesmo técnico-profissionais capazes de erigir um processo mais amplo de identificação por seus trabalhadores.

Referências

- APPLE, M. W. Podem as pedagogias críticas sustar as políticas de direita? *Cadernos de Pesquisa*, 116: 107-142, jul. 2002.
- AUGUSTO, L. G. da S. & FREITAS, C. M. O princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 85-95, 1998.
- BALL, S. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. *Currículo Sem Fronteiras*, 1(2): 99-116, jul.-dez. 2001.
- BATISTELLA, C. E. C. *Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei Federal n. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.350, de 5 out. 2006. Regulamenta as atividades e formas de contratação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 6 out. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.399, de 15 dez. 1999. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SVS-SEGETS/MS n. 01/2003, de 8 set. 2003. Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, 22 dez. 2009. Aprova as diretrizes para a execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.007, 4 maio. 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Técnico em Vigilância em Saúde: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Código Brasileiro de Ocupações*. Brasília: MTE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1172/GM 15 jun. 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CEB 03/2008. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio*. Brasília: MEC, 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio*. Brasília: MEC, 2008b.

BRASIL. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. *Vigilância em Saúde: a formação profissional nas escolas técnicas do SUS e a trajetória de um dos campos mais antigos da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: RET-SUS, Ano VI, n. 53, maio. 2012.

CASTRO, N. A. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação e Sociedade*, 45: 211-224, ago. 1993.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M. & PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 995-1.004, jun. 2008.

DIAS, R. E. & LÓPEZ, S. B. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. *Currículo sem Fronteiras*, 6(2): 53-66, jul.-dez. 2006.

DUBAR, C. *A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FEVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. A. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3: 139-182, 1990.

FLEURY, S. Brasil: uma agenda de reformas. *RAP – Revista Brasileira de Administração Pública*, 38: 1.085-1.094, 2004.

FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: EPSJV/FIOCRUZ. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

GONDIM, G. M. de M. & MONKEN, M. Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI – a experiência do Proformar. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, 1(2): 35-39, 2003.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. de C. *et al.* (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

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

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. (Orgs.). *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma Abordagem Geográfica para a Aprendizagem da Territorialização em Vigilância em Saúde*, 2003. Tese Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, maio-jun. 2005.

MOREIRA, A. F. B. & MACEDO, E. F. de. Currículo, identidade e diferença. In: MOREIRA, A. F. B. & MACEDO, E. F. de (Orgs.). *Currículo, Práticas Pedagógicas e Identidades*. Porto: Porto Editora, 2002.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. *Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que Atuam nas Áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador: pesquisa em municípios brasileiros*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. Vigilância em saúde. Parecer ao termo de referência do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde – LAVSA/ EPSJV. Rio de Janeiro, 2004. (Mimeo.)

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

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F. & STAUFFER, A. de B. (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

SANTOS, L. de C. P. Formação de professores na cultura do desempenho. *Educação e Sociedade*, 25(89): 1.145-1.157, set.-dez. 2004.

SENNETT, R. *A Corrosão do Caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SOUZA, A. M. A. de F. Bases para definição do perfil de competências (Apresentação Oficina de Trabalho). Brasília, 2009 (Mimeo.)

TEIXEIRA, M. da G. & RISI JUNIOR, J. B. Vigilância epidemiológica. *In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. de. (Orgs.). Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.*

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania)

Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil¹

Daniel Groisman

Rio de Janeiro, outubro de 2008. Num hotel em Copacabana – bairro conhecido nacional e internacionalmente tanto pelo seu passado glamoroso quanto pela sua enorme concentração de moradores idosos –, um pequeno grupo de autoridades, imprensa e personalidades da área gerontológica prestigiam o lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), do Ministério da Saúde. A data coincide também com a comemoração dos cinco anos do *Estatuto do Idoso* (lei 10.741, de 3 de outubro de 2003), a mais importante legislação dedicada à proteção dos direitos do idoso, que estabeleceu entre as suas prioridades a “capacitação e reciclagem” de trabalhadores “nas áreas de geriatria e gerontologia” e “na prestação de serviços aos idosos” (Brasil/Presidência da República, 2003).

A iniciativa de se implantar uma política voltada para a qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso ocorre num contexto em que a preocupação, por parte dos gestores, especialistas e da sociedade em geral vem se voltando de forma cada vez mais crescente para as necessidades de se preparar o país, através de suas políticas públicas, redes de serviços e recursos institucionais para o processo de envelhecimento da população brasileira. Segundo Camarano, apesar dos avanços para se garantir “uma renda mínima para a população idosa, (...) a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada”. Para essa autora, tal questão assumiria “uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa” (Camarano, 2010: 13), ou seja, do aumento da população com 80 anos

¹ Quero aqui agradecer à coordenação da Pesquisa do Observatório dos Técnicos na Saúde, bem como a toda equipe de pesquisadores e bolsistas, pelo companheirismo e apoio nesses dois anos de trabalho.

ou mais, grupo que estaria mais propenso a se tornar dependente de cuidados, devido ao maior tempo de exposição a desgastes ambientais e doenças crônicas, dentre outros.

Apesar de o país ter adotado, já há alguns anos, propostas propagadas por agências internacionais e que enfatizam a priorização do investimento em ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da autonomia e adoção de estilos de vida capazes de proporcionar um “envelhecimento ativo” para a população (OMS, 2005), os recursos para cuidar daqueles cuja saúde, funcionalidade e condições de vida não se enquadram nos ideais do envelhecimento “saudável e ativo” (Brasil/MS, 2006) seguem permanecendo aquém das necessidades.

Nesse cenário de desafios e crescente pressão sobre o Estado e a sociedade, um debate que emerge é justamente sobre a divisão de responsabilidades na provisão de cuidados e bem-estar para os idosos: a quem caberia esta responsabilidade, à família, à sociedade ou ao Estado? Segundo Goldani, uma parte das políticas sociais nacionais estaria ancorada na pressuposição “de um modelo idealizado de família”, no qual a solidariedade entre os membros seria “tida como dada” (Goldani, 2004: 224). Esse ‘familismo’ estaria explicitado, por exemplo, nas principais legislações voltadas para a proteção da população idosa, como por exemplo, o artigo da Constituição Federal de 1988, que delega à família, em primeiro lugar, o “dever de amparar as pessoas idosas”, juntamente com a sociedade e o Estado (Brasil, 1988). Esta tendência vem sendo reproduzida nas legislações que se seguiram à constituinte e que buscaram garantir a proteção dos direitos da pessoa idosa.

Para Lemos (2010), embora se preveja um compromisso de toda a sociedade e do poder público na garantia do bem-estar da pessoa idosa, a legislação “tende a apontar a família como a primeira grande responsável na transferência de apoio” para aqueles que se tornam dependentes e/ou venham a necessitar de cuidados (Lemos, 2010: 31). Segundo este autor, tal fenômeno funcionaria como uma espécie de “encobrimento” para a falta de uma “política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência”, na qual a família e o poder público pudessem ter uma atuação combinada (Lemos, 2010: 36). De acordo com Goldani (2004), os domínios públicos e privados interagem, o que faz com que

as políticas possam afetar as relações familiares. Tal noção é essencial para se pensar na importância e na atualidade do debate em torno da construção de políticas públicas para o cuidado da população idosa e/ou dependente, no contexto brasileiro.

Embora o país tenha realizado avanços importantes, nas últimas décadas, na direção da construção de políticas públicas voltadas para a proteção e promoção do bem-estar da população em geral e, também, do segmento idoso, o sistema previdenciário e securitário social nacional, mesmo com as conquistas trazidas pela Constituição de 1988, não previa a implantação de políticas específicas para o apoio aos cuidados de longa duração para uma população cada vez mais envelhecida. Somam-se a esse fato as pressões pela privatização do Estado e redução de direitos sociais conquistados, gerando uma tensão entre a universalização da cobertura e a focalização da assistência.

Autores que analisam a conformação do ‘Estado de Bem-Estar’ brasileiro indicam algumas das suas contradições, notadamente, o fato de este ser universal em seus princípios, porém como uma prática amparada cada vez mais em políticas compensatórias e focalizadas (Pereira, Silva & Patriota, 2006). As pressões para o enxugamento do gasto público e para a transferência para o ‘mercado’ das responsabilidades pela previdência e bem-estar social esbarram inevitavelmente nas novas demandas e desafios trazidos pelas mudanças no perfil demográfico da população, já que o processo de envelhecimento tende a pressionar o sistema securitário de modo geral, com ênfase nos setores de saúde e previdência social.

Dessa forma, não é surpresa que a discussão sobre a ampliação de cobertura, de modo a incluir políticas, medidas, benefícios e prestação de serviços voltados para o apoio aos cuidados de idosos, ocorra ainda de forma tão incipiente no cenário nacional, sendo o PNFCI, possivelmente, uma das poucas iniciativas voltadas para esta necessidade que foi desenvolvida nos últimos anos. Nos países que já vivenciam, há mais tempo, as consequências trazidas pelo processo de transição demográfica e epidemiológica das suas populações, a adoção de programas e políticas específicas para o cuidado vem ocorrendo de forma mais avançada (Pasinato & Korkins, 2010). Como exemplo, pode-se citar a implantação do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência pelo Estado

Espanhol em 2006, que garante, dentre outras medidas, benefícios monetários para as pessoas incapacitadas e que necessitam de cuidados ou cuidadores. Segundo Agulló (2006), o direito ao cuidado constituiria o quarto pilar do Estado de Bem-Estar Social espanhol, junto com a saúde, a educação e a previdência social.

A ideia de que a provisão de cuidados deve ser incorporada aos sistemas de seguridade social dos países está relacionada com a constatação de que os sistemas de saúde, assistência e previdência social tradicionais e historicamente estabelecidos não são suficientes para fazer frente aos novos desafios trazidos pelo processo de envelhecimento das populações (Batista *et al.*, 2008). A essas limitações, somam-se também as dificuldades que as famílias vêm encontrando para sustentar o cuidado domiciliar prolongado daqueles que se tornam dependentes, em um contexto em que a própria conformação da família vem se alterando, o que vem afetando a sua capacidade e disponibilidade para o cuidado.

Segundo Puga (2005), os dois pilares que tradicionalmente sustentam a assistência à dependência na velhice são a família e o recurso à rede de atenção primária na saúde, sendo que ambos possuem limitações. Sobre a rede de atenção primária na saúde, essa autora salienta o seu importante papel como referência territorial para as populações, inclusive idosas, porém lembra das grandes limitações e dificuldades que essa rede vem encontrando para assistir a essa população, ressaltando a importância de se manejar o cuidado como uma questão não restrita apenas ao âmbito médico, mas sim envolvendo componentes sociais e de saúde. Puga (2005) sustenta que o modelo familista de bem-estar deve ser repensado, sem privar a família do seu papel de protagonismo, mas fazendo com que as responsabilidades pelo cuidado possam ser mais bem compartilhadas entre a família, a comunidade e o Estado.

No caso brasileiro, o PNFCI não atenderia a todas as necessidades associadas à implantação, de fato, de uma política para o cuidado, dado que as medidas destinadas à qualificação dos cuidadores compõem apenas uma parte do arcabouço de soluções que vêm sendo adotadas em outros países, as quais combinam benefícios monetários com a oferta de uma vasta gama de serviços voltados para o gerenciamento, apoio e prestação dos cuidados. Mas o PNFCI certamente representaria um passo importante, sobretudo ao trazer visibilidade para uma categoria

profissional emergente e em busca de reconhecimento – os cuidadores de idosos –, que ganharia um fortalecimento na sua qualificação e se beneficiaria de oportunidades de integração com as políticas públicas já existentes. Entretanto, pouco mais de um ano após o seu lançamento, o PNFCI é interrompido.

Neste capítulo, temos como objetivo central contextualizar a emergência do ‘cuidador de idosos’ como um ator inserido no debate a respeito da constituição de políticas voltadas para atender as demandas e necessidades da crescente população idosa nacional. Buscamos caracterizar este trabalhador e trazer elementos que evidenciem as tensões e discussões em torno do processo histórico de reconhecimento dessa ocupação profissional. Como fio condutor da nossa abordagem, realizamos um estudo de caso de uma política destinada a qualificar cuidadores em larga escala, em todo o território nacional: o PNFCI, em sua curta existência. Mostramos o cenário no qual o programa é iniciado, como ele se desenvolve e, por fim, os impasses e conflitos que levaram à sua desativação.

A abordagem ao PNFCI é aqui construída a partir das informações obtidas na pesquisa que realizamos entre 2010 e 2012, intitulada “Qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso – análise de políticas”, a qual envolveu consulta de documentos, análise de legislação, visitas a algumas das instituições participantes do PNFCI, levantamento de informações através de entrevistas telefônicas com auxílio de computador (Etac) e entrevistas presenciais com gestores, coordenadores pedagógicos e docentes envolvidos na organização e operacionalização do referido programa.²

As Políticas de Formação em Larga Escala e a Qualificação de Cuidadores

Quando o PNFCI foi lançado, em 2007, na realidade esta não era a primeira vez que uma iniciativa desse tipo era empreendida no país. Em 1999, mesmo ano em que foi lançada a Política de Saúde do Idoso, uma portaria interministerial dos ministérios da Saúde e de Previdência

² A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) sob o número CAAE 0041.0.408.000-11. Os depoimentos aqui reproduzidos foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2011.

e Assistência Social instituiu o “Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (Brasil, 1999). Born, uma das pessoas que participou dessa iniciativa pioneira, relata esta experiência:

em 1998, por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social (...) foi realizado um curso (...) para capacitação de formadores de cuidadores. Foram convidados 40 profissionais de várias disciplinas, representando um grande número dos estados do Brasil. (...) O programa previa a formação em cadeia, que levaria à multiplicação progressiva do número de formadores e de cuidadores em todo o território nacional. (Born, 2006: 3)

A descentralização da formação ocorreria através de repasses de recursos para os gestores locais dos estados e municípios, os quais eram responsáveis pela organização e realização dos cursos. Born explica que o grupo de trabalho que auxiliou na elaboração desse programa também realizou diversas discussões “com o objetivo de tornar mais definidas as funções do cuidador”, a fim de que se pudesse regulamentar a profissão (Born, 2006: 3). Entretanto, segundo a autora, houve impasses em relação à criação da profissão, e não se conseguiu avançar em relação a isso. De todo modo, seja pelas resistências existentes, seja pelas discontinuidades sistêmicas de muitas políticas que se iniciam no país, fato é que o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos acabou sendo descontinuado algum tempo depois de ser posto em funcionamento. Entretanto, deixou uma importante contribuição para a área, não apenas ao inaugurar uma política para a formação nacional de trabalhadores para o cuidado ao idoso, mas também por ter contribuído para a inclusão de um perfil de competências para o ‘cuidador de idosos’, na *Classificação Brasileira das Ocupações* (CBO), editada pelo Ministério do Trabalho (Brasil, 2002). Esta inclusão, que corresponde ao código 5162-10 do CBO, é até hoje o fundamento legal para o exercício remunerado da atividade.

Quando a formação de cuidadores é retomada, em 2007, ela ocorre em um contexto no qual a organização das políticas voltadas para a formação dos trabalhadores da saúde estava em um patamar diferente do momento anterior. Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a “Política de Educação Permanente no SUS”, com a constituição de diversos centros formadores em todo o país, sendo um dos componentes dessa

política a rede de escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), com escolas profissionalizantes em cada estado nacional. O ‘novo’ Programa para Formação de Cuidadores de Idosos trazia algumas diferenças em relação ao seu predecessor, sendo a principal delas a previsão de que a formação dos cuidadores ocorreria especificamente através das ETSUS. A ideia de formar cuidadores através das ETSUS, porém, representava um enorme desafio, já que se tratava de uma formação inteiramente nova para essas escolas. Além disso, acrescenta-se o fato de os cuidadores de idosos não estarem tradicionalmente inseridos no serviço público, como os demais trabalhadores qualificados por essas instituições, já que não existem políticas públicas de âmbito nacional que incorporem os cuidadores como força de trabalho, a não ser em situações pontuais e localizadas.

A iniciativa de reativar o PNFCI, em 2007/2008 surgiu a partir de uma demanda identificada pela área técnica de saúde do idoso do Ministério da Saúde, a qual, como relata um dos gestores da época, possuía a preocupação em resgatar a figura do cuidador, tida claramente como “uma lacuna importante na política pública”:

Nós sugerimos para a SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde], a secretaria que foi montada no Ministério da Saúde para lidar com a qualificação, inserir a formação do cuidador. (...) Conseguimos fazer essa articulação e trazer o tema do cuidador, com o cuidado político de não achar que estávamos fazendo algo novo: buscamos a política de cuidadores, resgatamos documentos que estavam literalmente engavetados (...) e, enfim, surgiu essa janela de oportunidades e nós conseguimos resgatar o cuidador para a agenda, numa plataforma bastante sustentável que era a das escolas técnicas do SUS, uma rede que tem em todo o país, em todos os estados, e tem um *know-how* de formação. Coincidiu que estávamos também atualizando o *Manual do Cuidador*. Essa agenda correu com felicidade, porque nós tínhamos uma interlocução importante com a SGTES e tínhamos um material para dar sustentação e dar maior visibilidade a essa política. Fizemos o manual do cuidador e distribuímos para todas as secretarias de saúde. [Gestor 1]

Antes do seu lançamento oficial, uma primeira etapa do PNFCI havia sido realizada, em caráter piloto, por seis ETSUS, localizadas nas cinco regiões geográficas do país. Nessa primeira etapa, cada escola for-

mou um número reduzido de turmas, em caráter experimental.³ Outro gestor envolvido nesse processo, relata esse início:

Naquela época, quando a coordenação de ações técnicas do Deges, atendendo a uma solicitação de um grupo que trabalhava na coordenação da saúde do idoso, trouxe a proposta da formação do cuidador, nós tínhamos uma sobra de recurso (...) que empregamos para fazer um projeto-piloto, para a gente testar essa qualificação. Nós não queríamos fazer isso assim de qualquer maneira, os modelos anteriores (...) nós não conhecíamos e, para ir pesquisar talvez fosse mais trabalhoso do que tentar uma coisa com as características do trabalho do Deges, principalmente naquela época, que era: todo curso que fosse ofertado tem que ter diretrizes. [Gestor 2]

As diretrizes para a qualificação dos cuidadores foram definidas a partir de uma oficina de trabalho realizada na cidade de Blumenau, Santa Catarina, em 2007, na qual participaram diversos especialistas, pessoas do Ministério da Saúde e das ETSUS. Tal processo gerou a *Proposta de Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência* (Brasil/MS, 2007), documento que veio a ser empregado para embasar a proposta pedagógica e curricular do projeto. É o que relata este gestor:

Com base nesse preceito, nós reunimos especialistas da área, pessoas de Escola Técnicas do SUS que já haviam ofertado cursos semelhantes, pessoas da Coordenação da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, gerontólogos, e fizemos a oficina. Veio até gente de fora [um convidado da Argentina]. (...) Com base nesse levantamento (...), houve depois várias reuniões no ministério, para construir o perfil. Chegou-se à conclusão de que nós não podíamos construir uma coisa muito complexa, pois tinha uma realidade no país quanto à escolaridade, e a maioria deles [dos cuidadores] tinha no máximo o nível fundamental. Então, em vista disso (...), o perfil foi feito também com este olhar, até para não surgir conflito com outras profissões que também estavam na área do cuidado, como os técnicos de enfermagem. (...) O maior cuidado que o Ministério da Saúde teve ao construir esse perfil de competências foi para que não tivesse esse conflito. [Gestor 2]

³ As escolas que participaram desta primeira etapa foram: Escola Técnica de Saúde Profa. Ena de Araújo Galvão (MS); Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC); Escola Técnica de Saúde Profa. Valéria Hora (AL); Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes (MG) e Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (AC). Além destas, participou também a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (RJ), na qualidade de centro formador de trabalhadores vinculado ao governo federal.

A metodologia da política de educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS) permitia que cada instituição pudesse formatar os cursos de acordo com as especificidades da sua região, porém com base em um referencial curricular. O *Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador*, em seu texto de apresentação, conceituava o cuidador, “formal ou informal”, como um agente que

realiza atividades de assistência social e de saúde, prevenção e monitoramento das situações que oferecem risco à saúde da pessoa idosa, por meio de ações realizadas em domicílios ou junto às coletividades, estendendo o acesso da pessoa idosa às ações e serviços de informação, de saúde, de proteção social e de promoção da cidadania. (Brasil/MS, 2007: 3)

Além disso, o documento destacava também a necessidade de se valorizar “a singularidade profissional” do cuidador como um “trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde e da assistência social”, bem como a “necessidade de promover a qualificação profissional mediante processo sistemático de formação (...), assegurando acesso ao aproveitamento de estudos, formação em itinerário e obtenção de certificado profissional com validade nacional” (Brasil/MS, 2007: 2). Em relação à carga horária, foi definido que o curso deveria ter um total de 160 horas, sendo que, destas, 40 horas seriam destinadas a atividades de campo.

Esta primeira fase do programa foi acompanhada pela SGTES, que realizou um seminário de avaliação, ao término da experiência. Foi feito, na ocasião, um levantamento, por meio de questionários aplicados junto aos diretores das escolas participantes, docentes do curso e também discentes das turmas qualificadas, com perguntas de caráter avaliativo em relação à experiência. Além da avaliação realizada por meio dos questionários, realizou-se também um encontro, no qual as instituições que desenvolveram o curso apresentaram as suas experiências e deram sugestões para o aprimoramento do projeto. O saldo desse levantamento foi uma avaliação positiva da experiência desenvolvida até então no programa, o que preparou o terreno para o lançamento da sua segunda etapa, a qual ocorreria no segundo semestre de 2008. O seminário para o lançamento público do PNFCI, em 2008, correspondeu, na realidade, ao anúncio da sua segunda etapa, na qual não apenas as demais ETSUS poderiam obter recursos para realizarem a qualificação de cuidadores,

como ainda o financiamento contemplaria a formação em larga escala e de forma descentralizada, a partir da abertura de turmas nos municípios abrangidos pelas escolas participantes:

Todos esses cursos [na etapa piloto] foram muito bem. Depois, não tivemos pernas para supervisionar todas as escolas, mas vimos que algumas delas superaram as expectativas do Ministério. (...) O que nós vimos ali é que foi uma experiência feliz, que teria sido bem-sucedida se o ministério a adotasse. [Gestor 2]

O lançamento oficial da (segunda etapa) do PNFCI obteve uma certa visibilidade na mídia, que noticiou o lançamento do programa. Apesar de a ‘capacitação’ de trabalhadores em saúde do idoso ser prevista desde meados da década de 1990, quando é lançada a Política Nacional do Idoso (lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994), historicamente, os treinamentos e qualificações na área sempre tenderam a privilegiar os profissionais de nível superior, sendo um dos exemplos o surgimento de diversos cursos de especialização em geriatria e gerontologia, tanto em centros universitários quanto vinculados às sociedades de especialistas.

Embora possam ter existido, eventualmente, treinamentos voltados para os trabalhadores de nível médio dos serviços públicos, tais iniciativas não chegaram a ocorrer no âmbito de uma formação em grandes proporções, ou como parte de uma política específica voltada para essa finalidade.

Uma modificação nesse quadro viria a se tornar possível exatamente a partir do lançamento do PNFCI, já que o Ministério da Saúde planejava incluir a qualificação de cuidadores no âmbito do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), o qual possuía recursos para qualificar centenas de milhares de trabalhadores no país. Na época, a formação de cuidadores foi listada como meta do governo Lula, que previa qualificar 66.000 cuidadores de idosos em um período de quatro anos.

É nesse contexto que tem início a segunda fase do programa, na qual outras escolas, além daquelas primeiras, poderiam aderir. Outra diferença é que seria então realizada a formação em larga escala, na qual cada instituição formadora, de âmbito estadual, leva o curso aos municípios de sua abrangência, o que possibilita a realização de dezenas de turmas simultâneas em diferentes regiões geográficas.

O Processo de Surgimento da Profissão de Cuidador

“Uma profissão que tende a ganhar espaço com o envelhecimento da população é a de acompanhante de idosos”. Assim começava o texto de uma notícia, publicada como matéria de capa do caderno de empregos de um jornal de circulação popular do Rio de Janeiro, em 2008, mais ou menos na época do lançamento do PNFCI. “Na média é possível ganhar o equivalente a dois salários mínimos, dependendo da negociação com o empregador”, continuava o texto, que finalizava com uma orientação para os possíveis interessados em atuar na área: “quem quiser seguir na profissão não pode esquecer nunca de se qualificar” (Machado, 2008). A popularização da ‘profissão’ de cuidador de idosos é um fenômeno relativamente recente na história do país, embora possivelmente a atividade de cuidar seja tão antiga quanto a própria existência da família como instituição social. O cuidado, segundo Gorfinkiel (2008), é uma das atividades essenciais da organização social, dado que em graus e momentos diferentes todas as pessoas demandam algum tipo de atenção específica. Porém, o local e a forma como tradicionalmente o cuidado em família ocorre vêm se modificando, já que as próprias estruturas familiares e sociais passam por um processo de profundas transformações nas sociedades contemporâneas. O processo de nuclearização das famílias, a entrada da mulher no mundo do trabalho, o afastamento entre as gerações e a diminuição das taxas de conjugalidade são transformações que acarretaram uma diminuição da disponibilidade e capacidade das famílias para cuidarem diretamente de seus membros dependentes. A inserção das crianças nas instituições escolares ou pré-escolares, por exemplo, ocorre cada vez mais cedo. À institucionalização, soma-se a mercantilização do cuidado, caracterizada pela contratação de pessoas alheias à família para exercer tal função.

O ‘cuidador’ de idosos é caracterizado, segundo a CBO, como um trabalhador preponderantemente da esfera doméstica, podendo, entretanto, atuar também no âmbito institucional. Historicamente, pode-se dizer que este tipo de atividade vem sendo exercida majoritariamente por pessoas oriundas da comunidade, com um aprendizado advindo muito mais da prática do cotidiano do que propriamente de uma qualificação prévia, na medida em que, como a profissão não foi ainda regulamentada, não estão ainda instituídos os requisitos para ingresso e

exercício da atividade. ‘Cuidador’ é um termo amplo, cujo sentido mais evidente talvez seja aquele trazido pelo dicionário: aquele que cuida. Sua utilização não está necessariamente referida exclusivamente para o cuidado ao idoso, mas também relacionada aos cuidados de outras pessoas em situação de dependência, como por exemplo, crianças, pessoas com deficiência, usuários da saúde mental e outros. O emprego do termo na literatura especializada é relativamente recente. No Brasil, ‘cuidador’ corresponde à palavra em inglês *caregiver* e seu uso começou a se intensificar mais especificamente a partir de meados da década de 1990, na literatura científica, principalmente nas áreas de saúde e assistência social. A palavra ‘cuidador’ tanto pode se referir a um familiar que exerce a função de cuidado, de forma não remunerada, quanto a uma pessoa contratada para esse fim.

Segundo Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2000: 8), a maioria das ocupações de nível técnico médio “pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulados apenas aspectos vinculados ao chamado credencialismo educacional”. Apesar da inclusão, no catálogo de cursos do MEC, do Curso Técnico de Cuidados de Idosos (Brasil/MEC, 2012), essa ocupação permanece sendo, preponderantemente, uma atividade de nível fundamental e médio. Devido à ausência de legislação para regular a profissão, a formação inicial para esses trabalhadores tem sido realizada de maneira heterogênea, sendo oferecida tanto por instituições públicas quanto privadas, com diferentes finalidades, currículos e carga horária variável. Não é incomum a existência de cursos de curta duração, muitas vezes restritos a uma formação elementar – tanto no aspecto teórico quanto prático – e restrita aos conteúdos de aplicação mais imediata no cotidiano do cuidador.

De acordo com Born, os cursos que se realizam no Brasil, “não seguem, até hoje, uma orientação padronizada, ficando seu programa a critério do preparo profissional e da experiência daqueles que os organizam” (Born, 2008: 2). O esforço em se lançar um programa nacional para formação de cuidadores, amparado em um perfil de competências profissionais, certamente traria uma enorme contribuição para a normatização da qualificação inicial do cuidador, não apenas em relação aos conteúdos básicos, mas também em relação à carga horária e duração dos cursos. Além disso, a formação em larga escala também traria um forte

estímulo para que o exercício da atividade se tornasse cada vez mais associado à qualificação prévia e/ou permanente do cuidador formal.

Embora a carga horária de 160 horas, proposta pelo PNFCI pudesse parecer pequena, se comparada às formações dos trabalhadores técnicos, representava um promissor início para uma política de elevação da escolaridade dos cuidadores, os quais se encontram hoje numa situação de vulnerabilização e falta de proteção nas suas condições de trabalho. Em pesquisa realizada com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad), Guimarães, Hirata e Sugita (2011) concluíram que o ofício dos cuidadores, no país, é exercido por trabalhadores com baixa escolaridade, já que 63% possuiriam apenas o Ensino Fundamental. Além disso, somente 24% teria carteira de trabalho assinada e a vasta maioria (66%) ganharia no máximo um salário mínimo. As autoras ressaltam ainda a grande predominância de mulheres nessa atividade, fator este que tanto está relacionado à identificação do papel social da mulher com as atividades de cuidado, sobretudo no âmbito domiciliar, quanto com a baixa remuneração que a atividade ainda oferece. Entretanto, não obstante esses fatores, o ‘mercado’ de cuidados segue crescendo no país, associado ao aumento do número de pessoas idosos e/ou passíveis de necessitarem de serviços de cuidados, o que faz com que, cada vez mais, se torne importante e necessário pensar em medidas voltadas para a proteção, valorização e reconhecimento profissional dos cuidadores.

O aumento das preocupações com a temática dos cuidados é também um exemplo de como a própria visibilidade do envelhecimento populacional, como problema social, cresceu nas últimas décadas. Segundo Leibing (2005), a emergência da preocupação com o peso populacional da velhice, no Brasil, representou uma espécie de ruptura na identidade de um país que sempre se viu como jovem e onde a temática do envelhecimento era retratada apenas eventualmente como questão mais relacionada ao âmbito do privado. Para esta autora, a transição demográfica brasileira estaria ainda “diretamente ligada à descoberta dos idosos não apenas enquanto população, mas também como consumidores e eleitores” (Leibing, 2005: 17). A velhice, tradicionalmente vista como um problema essencialmente restrito ao âmbito familiar, torna-se, portanto, uma questão nacional, sobretudo a partir das duas últimas décadas do

século XX – fenômeno acompanhado da constituição de medidas destinadas à proteção social dessa população e também de um mercado de serviços destinados a suprir as novas demandas e necessidades trazidas por esse segmento etário.

É nesse contexto que se populariza também o conceito de ‘terceira idade’, que busca associar o envelhecimento a novos estilos de vida, ao lazer, ao consumo, à fruição do tempo livre, à promoção da saúde e à busca da realização pessoal nessa fase da vida. Debert (1999, 2011), uma das autoras que tematiza o surgimento da ‘terceira idade’ no país, considera que haveria uma contradição no processo de transformação da velhice – tradicionalmente vista como uma questão pertencente ao âmbito do privado – num problema social. Para ela, enquanto a velhice tem cada vez mais a sua gestão “socializada”, ou seja, alçada ao rol das questões públicas, haveria uma hegemonização das ideologias que valorizam o autocuidado individual, atribuindo-se uma excessiva responsabilização dos indivíduos pela manutenção da sua saúde e bem-estar social. Este movimento, a “reprivatização da velhice”, ajudaria ainda a encobrir o debate público a respeito da ausência de recursos para o enfrentamento da “decadência das habilidades físicas, cognitivas e emocionais que também podem ocorrer na velhice” (Debert, 1999: 219).

É, portanto, precisamente nesse cenário de transformações e de atribuição de novos significados para o envelhecimento na sociedade, que o cuidador de idosos, um trabalhador antes relegado a um lugar de “invisibilidade” e restrito à esfera da vida familiar privada (Wanderley & Blanes, 1998), passa a se tornar um pouco mais visível. Como parte desse processo, novas expectativas e exigências se impõem para esses trabalhadores, ditadas pelo crescente mercado de trabalho de cuidados, seja na esfera doméstica ou em instituições.

Um aspecto que convém destacar é o que diz respeito à qualificação prévia para o exercício da atividade. Se, tradicionalmente, o saber ‘vocacional’, ou seja, as características intrínsecas à pessoa do cuidador, tais como o ‘amor’, o ‘respeito’ e a ‘paciência’ eram as mais valorizadas (Barbieri, 2008), o saber relacionado à técnica, à escolarização e aos conhecimentos passam a ser vistos também como desejáveis, embora numa proporção possivelmente ainda menor do que os primeiros.

Paulatinamente, aquele trabalhador doméstico leigo, recrutado na

comunidade pelo simples fato de demonstrar alguma afinidade com o cuidado, tende a dividir espaço com trabalhadores que conciliam essas características com alguma preparação ou experiência prévia na área, como, por exemplo, ter feito um curso para cuidadores, ainda que de pequena duração. Esta passagem – que ainda está em seu início na nossa sociedade – é condizente com o tipo de expectativa que se tem para o cuidado na velhice, a qual hoje difere daquela que era vigente no passado, quando a velhice era praticamente sinônima de valores de cunho negativo, tais como adoecimento, afastamento da vida social, ausência de desejos e projetos de vida e proximidade com a morte (Debert, 1999). Dessa forma, o ‘cuidador’ parece se diferenciar do ‘acompanhante’ de idosos, termo um pouco mais antigo e que era utilizado para designar a mesma ocupação. Segundo a CBO, o cuidador é aquele que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Brasil, 2002). Conceituando também este trabalhador, o *Guia Prático do Cuidador*, lembra-nos de que “o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos” (Brasil/MS, 2008: 10). Entretanto, apesar dos avanços no sentido de se conferir uma maior visibilidade para esse ator, esta ainda é pequena e periférica, restando ainda muito a se avançar nessa direção. Como nos lembram Martinez, Marques e Melo Silva,

o cuidador muitas vezes acaba invisível aos olhos da sociedade, ora confundido como empregado doméstico, ora como profissional de enfermagem, não sendo atingida ainda a real compreensão de seu trabalho de apoio ao idoso, devido à falta de informação da família e da sociedade. (Martinez, Marques & Melo Silva, 2009: 6)

As discussões em torno da regulamentação da profissão de cuidador de idosos remontam ao final da década de 1990, quando foi lançado o primeiro programa de formação de cuidadores de idosos. Tais discussões avançaram muito pouco naquela época, sobretudo em função das resistências dos conselhos e entidades da enfermagem que se opuseram à profissionalização do cuidador. Somente em 2006 é que foi efetivamente apresentado, na Câmara dos Deputados, o primeiro

projeto de lei visando à criação dessa profissão. Tal projeto, de autoria do deputado Inocêncio de Oliveira, já recebeu diferentes redações e vem tramitando lentamente.

Os avanços mais significativos ocorreram, até o momento, no Senado Federal, que conseguiu aprovar, em 2012, o PLS 284/11, que prevê a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. Sua redação, que recebeu texto substitutivo da senadora Marta Suplicy, envolveu um amplo processo de debates com a sociedade, por meio da realização de audiências públicas e ainda uma consulta pública na Internet, por meio do portal do Senado Federal.

Em seu texto introdutório, o PLS 284/11 manifestava a clara preocupação com a necessidade de trazer para os cuidadores de idosos a proteção legal necessária para o exercício da profissão, destacando o fato de que, apesar da ocupação já “ser uma realidade no mercado de trabalho”, é necessário “suprir a lacuna” deixada pela ausência de uma regulamentação, de modo a também garantir ao idoso, “a segurança de uma boa prestação do serviço” (Brasil/Senado Federal, 2012: 3). Além, disso, o texto da senadora também mencionava a necessidade de que a “sociedade ofereça compensações e estímulos” aos cuidadores “valorizando-os devidamente, pelo seu trabalho em benefícios de todos” e destacava a relevância social dessa regulamentação, na medida em que “se ainda não somos, seremos todos idosos um dia”, cabendo à sociedade, portanto, o dever de “preparar-se e organizar-se, promovendo a articulação de organizações sociais, das famílias e do Estado, cada qual assumindo as suas responsabilidades”, sendo dever do congresso prover “o amparo legal para o exercício da profissão” de cuidador (Brasil/Senado Federal, 2012: 3). Em sua redação aprovada no Senado, mas que ainda necessitará tramitar pela Câmara dos Deputados, o PLS 284/11 estabelece que o cuidador de idosos deve ser maior de 18 anos, ter o Ensino Fundamental completo e ter concluído, “com aproveitamento, curso de formação para cuidador de pessoa idosa conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público (...) competente” (Brasil/Senado Federal, 2012: 10).

Todo esse cenário de transformações no campo dos cuidados, impulsionadas pelas modificações no perfil etário e demográfico da população brasileira, pelo processo de nuclearização da família e pelas tendências

de profissionalização dos cuidadores, dentre outros fatores, são evidências de como o campo do *care*⁴ – termo que vem sendo utilizado na literatura internacional – vem se organizando em novas configurações no país.

Segundo Guimarães, Hirata e Sugita (2011), *care* é um termo multidimensional, que vem sendo designado para denominar um amplo campo de ações e atitudes, envolvendo temáticas, como a divisão de responsabilidades entre os âmbitos público e privado para o cuidado, a regulação do trabalho de cuidados, bem como a sua mercantilização e profissionalização e a incorporação de direitos relacionados a esta temática às legislações. O que o caso brasileiro parece indicar é que, possivelmente, estamos vivenciando um momento de relevância para a construção social e institucional de um ‘lugar’ para o *care* no cenário nacional, ao longo das próximas décadas. Ao debatermos a profissionalização do cuidador – tema que se atrela, inevitavelmente, à incorporação desses trabalhadores às políticas públicas de setores tais como o de saúde, assistência social e/ou direitos humanos –, estamos certamente realizando um debate sobre qual é o lugar que ‘os cuidados’ passarão a ocupar na sociedade brasileira, não apenas como prestação de serviços, mas também – e sobretudo – pela própria incorporação do ‘cuidado’ à seguridade social, no contexto de uma política para a promoção do bem-estar para a população em geral. Em outras palavras, pensar o cuidado nos remete ao questionamento de qual sociedade queremos para as gerações futuras que envelhecerão e de que tipo de cuidados estas receberão da família, da sociedade e do Estado.

É, portanto, neste contexto de reconfigurações das relações de cuidado, à medida em que a família, tradicional instância cuidadora, dá cada vez mais sinais de que precisa de auxílio para desempenhar esta função, que a temática do cuidador não familiar emerge com maior força, seja como objeto de uma política do governo – na experiência abruptamente interrompida do PNFCI –, seja nos debates em torno da regulamentação da profissão. Como analisam Maffioletti, Loyola e Nigri (2006: 1.086), “o surgimento do cuidador formal como uma nova categoria profissional, (...) não pode ser entendida como uma resultante exclusiva das pressões do campo gerontológico. Ela se inscreve no campo do cuidar – apesar das resistências que tem encontrado”.

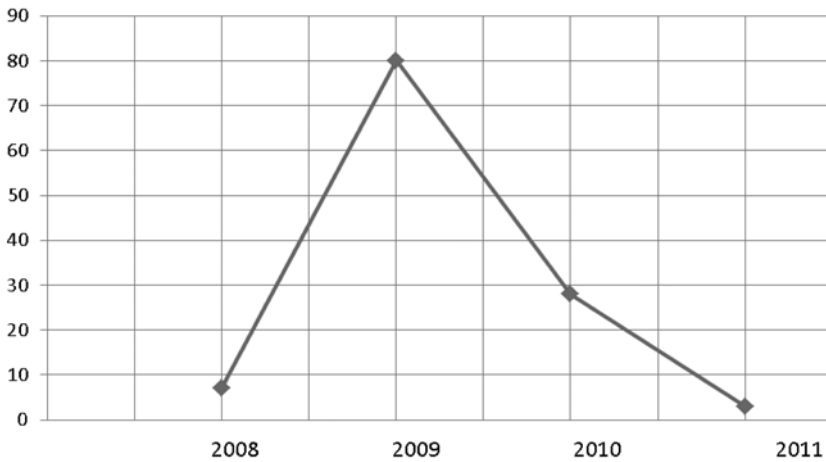
⁴ Termo em inglês que significa ‘cuidado’.

Avanços e Retrocessos na Política de Qualificação de Cuidadores no País

A segunda etapa do PNFCI coincidiu com um período de mudanças políticas no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (De-ges), órgão que integra a SGTES do Ministério da Saúde e que era responsável pela realização dos cursos. A coordenadora de ações técnicas desse departamento, uma professora com um largo percurso histórico na área de educação profissional, deixa o cargo. Ela seria posteriormente substituída por outra profissional com perfil mais alinhado com a área de saúde, sobretudo com o ensino acadêmico. Tal mudança na configuração política da secretaria traria implicações para os destinos do recém-lançado PNFCI.

Diferentemente da primeira etapa do programa, quando as escolas formaram um contingente reduzido de turmas, a formação ocorreria agora em maior escala. As ETSUS que participaram dessa etapa foram: Dr. Manoel Ayres (PA) e Profa. Ena de Araújo Galvão (MS), que formaram, cada uma, cerca de dez turmas; a Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC), que formou oito turmas; o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (RN), que qualificou cerca de 14 turmas e; finalmente, o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (PR), que qualificou mais de 40 turmas de cuidadores. Além dessas, outras ETSUS também qualificaram cuidadores no período, porém com recursos próprios, como a EPSJV/Fiocruz, que formou cerca de quatro turmas. O Gráfico 1 a seguir registra o desenvolvimento do programa no período em que esteve ativo, sendo que o seu ápice ocorreu em 2009.

Gráfico 1 – Turmas formadas por ano, no PNFCI

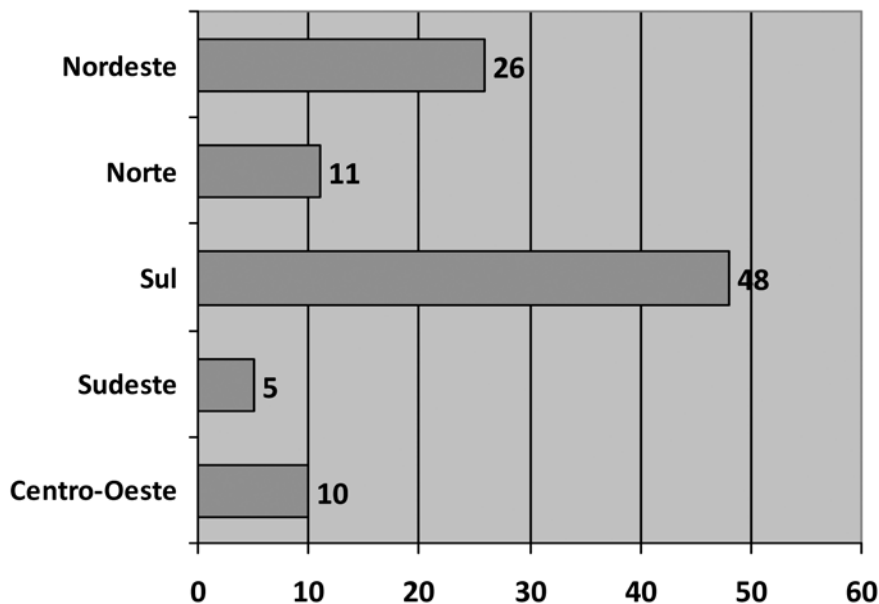


Fonte: Informações obtidas diretamente com as instituições formadoras, por meio de entrevista telefônica assistida por computador (Étac).⁵

A curva ascendente demonstra como o programa estava rapidamente crescendo, antes de ser abruptamente interrompido, em 2009/2010. Em relação à distribuição das turmas pelos estados, houve uma maior concentração na região Sul, devido ao enorme projeto desenvolvido pela ETSUS de Curitiba (PR), como demonstra o Gráfico 2:

⁵ Por terem sido obtidas por meio de entrevista telefônica, as informações podem estar sujeitas a imprecisões. Este levantamento foi realizado em agosto de 2010 e posteriormente atualizado em agosto de 2011.

Gráfico 2 – Quantidade de turmas formada por região no PNFCI (%)



Fonte: informações obtidas diretamente com as instituições formadoras, por meio de Etac.

A qualificação dos cuidadores representou, certamente, um grande desafio para as ETSUS, na medida em que este era um curso novo para essas instituições. Entretanto, a metodologia do programa previa a realização, antes de cada etapa, de uma qualificação para os professores e coordenadores dos cursos. Um dos entrevistados, coordenador do curso para cuidadores de uma das ETSUS narra como isso ocorreu:

Nós organizamos um minicurso de 40 horas, para fazer a formação dos nossos professores. Chamamos pessoas da universidade e também profissionais de serviços de atendimento a idosos, já que alguns já haviam sido professores em outros cursos nossos. Foi uma oportunidade também para que nós mesmos nos capacitássemos e foi um espaço muito proveitoso para discussão da proposta do curso junto aos professores. Depois disso, começamos a formação dos cuidadores, já que as inscrições já estavam abertas, naquela época, e a demanda foi muito grande. [Coordenador Pedagógico 1]

As ETSUS compõem hoje uma parte importante da política de formação para os trabalhadores do SUS. Conforme nos contam Pereira

e Ramos (2005), na década de 1980, a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde revela a preocupação com a formação de trabalhadores de nível médio e elementar da saúde. Constata-se que um enorme contingente de trabalhadores, sobretudo da área de enfermagem, possuía preparo e escolaridade precários, aos quais se somavam as também precárias condições de trabalho que lhes eram muitas vezes oferecidas. É nesse contexto que se inicia o pioneiro Projeto Larga Escala, que deu origem aos primeiros centros formadores do SUS e que doravante vieram a constituir a Rede de Escolas Técnicas do SUS. Com a constituição de 1988 e com a implantação do SUS, na década de 1990, a formação dos trabalhadores das funções de nível elementar e médio foi considerada uma necessidade para o desenvolvimento da própria Reforma Sanitária Brasileira, que pregava a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento nos serviços, em uma perspectiva da integralidade na saúde (Pereira & Ramos, 2005). Em 2003, é aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde e, no Conselho Nacional de Saúde, a *Política de Educação Permanente em Saúde*, a qual, segundo Ramos (2009), caracterizava-se não por ser exclusivamente de formação, mas também de gestão do processo de trabalho em saúde, tendo como eixo principal a integração ensino-serviço. A inclusão da formação de cuidadores no âmbito das ETSUS representou, entretanto, um diferencial em relação ao tipo de cursos que essas instituições vinham oferecendo, os quais eram voltados, tradicionalmente, para a formação dos profissionais que integram o SUS: agentes comunitários e de vigilância em saúde; técnicos de enfermagem; técnicos de higiene dental; trabalhadores da área de biodiagnóstico e outros.

O cuidador de idosos não integra, institucionalmente, o SUS, apesar de eventualmente existirem cuidadores atuando em instituições de longa permanência ou residências terapêuticas vinculadas a este sistema. Além disso, cabe ressaltar que o curso não era exclusivo ‘para cuidadores’, mas também – e fundamentalmente – ‘sobre o cuidado a idosos’. Nesse sentido, obteve a adesão de um grande número de trabalhadores dos serviços de saúde, os quais possuíam demanda de qualificação sobre a temática do cuidado, na medida em que este é um problema que compõe o seu cotidiano de trabalho. Este é o caso, por exemplo, dos agentes comunitários de saúde, que lidam cotidianamente com famílias cuida-

ras de idosos nas comunidades. Dessa forma, os cursos para cuidadores possuíam este diferencial, que era o fato de congregarem, nas mesmas turmas, tanto trabalhadores dos serviços quanto pessoas oriundas da comunidade. A proporção entre trabalhadores ‘de dentro’ dos serviços e demais pessoas ‘da comunidade’ variava conforme as turmas e regiões. Pela tradição das ETSUS e pelos estreitos vínculos destas com os serviços de saúde, pode-se inferir que, ao menos nas turmas iniciais, o número de discentes oriundos dos serviços certamente não era pequeno. Em uma das ETSUS participantes e que qualificou cerca de dez turmas na segunda fase do programa, a proporção nas turmas iniciais era de 90% de alunos oriundos dos serviços e 10% vindos da comunidade. Como relata uma das docentes envolvidas nessa qualificação,

naquele momento, os cursos, eles incluíam pessoas da comunidade, tinha uma quota de 10% e foi muito bom aquilo. Por quê? Tínhamos cuidadoras, tínhamos pessoas do conselho do idoso, que era comunidade, então esta troca de experiência do instituído e do que não era instituído foi muito produtiva. Porque você, enquanto profissional, você se foca por uma ação mais institucional, e às vezes você não se dá conta de que existe um monte de coisa ao seu redor que influencia isso. E que às vezes o profissional não consegue enxergar que a sua ação, ela está muito pontual, e que ele precisa da extensão da ajuda daquela família ou daquela comunidade, para que aquela ação dê certo. Então, quando a gente juntou os dois grupos, eram poucas pessoas de fora, (...) mas isso fazia com que todos conseguissem fazer algumas reflexões importantes, tanto quem estava da comunidade participando quanto quem era profissional da própria saúde. [Docente 1]

Para os profissionais dos serviços, a qualificação no curso para cuidadores (ao menos na avaliação realizada entre os docentes daquela escola) foi avaliada como tendo trazido contribuições muito positivas:

como docente e também em algumas supervisões, eu percebia uma grande satisfação de quem estava fazendo o curso. (...) Tem um formulário de avaliação que a gente via o quanto eles, ao final do curso, eles estavam satisfeitos. Não é questão de assimilar, mas sim o que foi de importante para aquele trabalho dentro das unidades. Pois o que a gente vê, hoje, dentro da unidade? A responsabilidade deles

seria maior, pois eles tinham o conhecimento de como proceder, (...) e também estavam mais fortalecidos para as cobranças em relação aos gestores. [Docente 1]

Apesar das experiências regionais até então positivas, na experiência de desenvolvimento e implantação do PNFCI, nem tudo eram flores no caminho que o programa ainda tinha a percorrer. Assim como ocorrera durante o primeiro programa nacional de cuidadores, na década de 1990, uma série de resistências se apresentaram:

Concomitante a isso, nós sabíamos que a maior resistência a essa categoria [dos cuidadores] era a enfermagem, e que nós precisávamos aprofundar essa discussão, isto é não cabia fazer só formação sem lidar com os meandros dessa categoria. (...) E aí, as nossas fragilidades: apesar de termos uma robustez de sustentabilidade técnica na rede de escolas, nós não tivemos o cuidado de trabalhar isso politicamente com o Conass e o Conasems, fazer com que essa agenda fosse parte de uma discussão mais aprofundada com os conselhos das secretarias municipais e estaduais [de saúde] (...), isso foi um ponto frágil nessa iniciativa. (...) E o fato veio depois, e foi contrário a nós. A [Coordenadora de Ações Técnicas do Deges] saiu, e assumiu uma pessoa com uma posição, a meu ver, (...) que colocou uma série de questionamentos em relação à qualificação dos cuidadores. [Gestor 1]

As mudanças ocorridas em cargos de coordenação na SGTES, naquele período, contribuíram para fragilizar a base de sustentação política do PNFCI, no interior do Ministério da Saúde. Em paralelo a isso, outra categoria de trabalhadores lutava pelo reconhecimento profissional: os agentes comunitários de saúde, que estavam fortemente mobilizados pela aprovação de uma lei regulamentando a sua profissão. A pressão dos agentes de saúde pela aprovação da nova legislação, fruto de uma intensa mobilização nacional, recaía sobre o Congresso Nacional, mas também sobre os conselhos nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde (Conass e Conasems), colegiados que integram a gestão democrática do SUS e que temiam as consequências econômicas que a regulamentação da profissão de agente comunitário geraria para os estados e municípios. Este contexto político favoreceu a emergência de uma inquietação nesses colegiados ante a possibilidade da incorpora-

ção de ainda mais um outro profissional para os quadros do SUS: os cuidadores. É precisamente neste momento que a SGTES decide reformular o PNFCI: ao invés de formar cuidadores, os recursos seriam empregados para o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento em saúde do idoso, destinados exclusivamente para “as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência”.⁶

A proposta de encerramento do programa e de realocação dos seus recursos é pautada na reunião de outubro de 2009 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um dos órgãos mais importantes da gestão do SUS e do qual participam o Conass e o Conasems. Na reunião, a representante da SGTES apresenta o problema da “inexistência no SUS da ocupação/profissão de cuidador de idoso”, e afirma: “(...) temos que saber que profissionais vamos capacitar, principalmente refletir sobre a regulamentação da profissão”.⁷ Além disso, defende: “não devemos fragmentar ainda mais as ações de saúde”, já que “uma equipe deve ter um olhar integral das ações de saúde”.⁸ A discussão é concluída com a deliberação de que “não se deve criar outra profissão”, e a modificação na destinação dos recursos é aprovada. O ‘novo’ PNFCI, decorrido pouco mais de um ano de seu lançamento, era ali encerrado.

Conclusão

A qualificação para o trabalho, como nos lembra Tartuce (2004), é sobretudo uma construção social. Isso significa pensar que no processo de qualificação de qualquer categoria profissional estão refletidos não apenas os conteúdos a serem ensinados, mas também as relações de trabalho e os demais aspectos que compõem o cenário social e cultural no qual aquela ação está inserida.

Quando os cuidadores são privados de uma política pública destinada a elevar, em um cenário futuro, a sua escolaridade, essa supressão de direitos se aproxima daquilo que Marx denomina alienação do trabalho, tendo em vista que eles são relegados a se manterem como uma

⁶ Conforme emenda publicada na portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009, do Ministério da Saúde e que estabeleceu as diretrizes do Profaps (Brasil/MS, 2009c).

⁷ Informações constantes na ata desta reunião (Brasil/MS, 2009a, 2009b).

⁸ Brasil/MS (2009a, 2009b).

massa de trabalhadores de baixo custo e expropriada de conhecimentos. Para Guimarães (2008), a qualificação deve ser entendida como relação social, na medida em que expressa, em certa medida, as relações econômicas de dominação ou de exploração entre indivíduos, grupos ou classes de trabalhadores.

Ao refletirmos sobre o processo de regulamentação e de constituição de uma nova categoria profissional – os cuidadores de idosos –, evidencia-se um campo de disputas entre grupos, entidades de classe e ainda entre representantes do Estado e da sociedade civil. A necessária discussão sobre a melhoria da qualidade dos cuidados e ampliação do acesso a este tipo de serviço para a população em geral, dessa forma, parece ser constantemente sobrepujada por outras motivações, de ordem econômico-financeira, tais como: a desoneração do Estado, a privatização da assistência e a designação de uma lucrativa fatia do mercado para esta ou aquela classe profissional.

A descontinuidade do PNFCI, em meio ao contexto de transição demográfica e epidemiológica pelo qual passa o Brasil, é um sinal inequívoco de como o Estado não está preparado para lidar com o envelhecimento da sua população e muito menos com as necessidades de cuidado que esse segmento etário pode vir a apresentar, a médio e longo prazo. O ‘cuidador de idosos’ desafia o sistema público, na medida em que não se enquadra facilmente naquilo que está instituído: ele está na interface da saúde com assistência social, no ponto de interseção entre as responsabilidades familiar, comunitária e estatal com o cuidado e ainda no lugar de mediação entre as pessoas com dependência e os serviços. Incluir o ‘cuidado’ e o ‘cuidador’ no âmbito das políticas públicas significa fortalecer o Estado providência, rompendo com a lógica que socializa a gestão do envelhecimento, mas focaliza as políticas e privatiza a responsabilidade pelo cuidado. Significa, em outras palavras, considerar que o ‘cuidado’ deve se constituir como direito social universal, já que é imprescindível para o envelhecimento com dignidade e para o direito inalienável à vida.

Concluindo, consideramos que é importante tomarmos consciência de que o debate em torno do reconhecimento do cuidador ultrapassa, certamente, o âmbito de um mero problema entre categorias profissionais. Ele diz respeito à sociedade de um modo geral e ocupa hoje um

local de centralidade em torno da discussão sobre o modelo de Estado de Bem-Estar Social que desejamos para o futuro e sobre a sociedade que desejamos construir para o vasto contingente de pessoas idosas que habitará este país nas próximas décadas.

Referências

AGULLÓ, M. S. Las enfermeras y la ley de dependencia en España. *Index de Enfermería*, 15(52-53): 1-3, jun. 2006.

BARBIERI, N. A. *O Dom e a Técnica: o cuidado a velhos asilados*, 2008. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

BATISTA, A. S. *et al. Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

BRASIL. Portaria Interministerial, n. 5.153, 7 abr. 1999. Cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. *Diário Oficial*, Brasília, 1999.

BRASIL. *Classificação Brasileira das Ocupações*. Livro 1 – códigos, títulos e descrições. 2002. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/download?tipoDownload=1>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.842, 4 jan. 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 1994.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.741, 1 out. 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, 19 out. 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial*, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proposta de Perfil de Competências Profissionais do Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Principais discussões e decisões da 9ª reunião ordinária de 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/deciso-es_cit_outubro_09.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Principais discussões e decisões da 9ª reunião ordinária de 2009b. Apresentação suplementar. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/idoso_1009.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). *Diário Oficial*, Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Senado Federal. Comissão de Assuntos Sociais. Parecer ao Projeto de Lei 284/11, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Brasília, 2012.

BORN, T. *A Formação de Cuidadores: acompanhamento e avaliação*. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA. São Paulo, 22-24 nov. 2006. Disponível em: <<http://tinyurl.com/yjeo7j5>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. 1. ed. São Paulo: Edusp, 1999.

DEBERT, G. G. Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. *Revista Coletiva*, 5(1): 2-5, 2011.

GIRARDI, N. S.; FERNANDES JR., H. & CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para Saúde*, 2(1), 2000. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em 20 dez. 2012.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

GORFINKIEL, M. D. El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2): 71-89, 2008.

GUIMARÃES, N. A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. F. (orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S. & SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Sociologia e Antropologia*, 1(1): 151-180, 2011.

LEIBING, A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. *Journal of Aging Studies*, 19: 15-31, 2005.

LE MOS, C. E. S. A solidão judicializada e a solidariedade intergeracional. *Vértices*, 12(2): 29-54, maio-ago. 2010.

MACHADO, A. "Cuidadores de idosos". *O Dia*, Rio de Janeiro, 6 dez. 2008. Economia.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D. & NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1.085-1.092, 2006.

MARTINEZ, T. M.; MARQUES, E. & MELO SILVA, E. *Envelhecimento e Cuidado Social: um debate necessário*. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 19, Guayaquil. *Anais...*, 2009. Disponível em: <www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-233.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

O.M.S. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS, 2005.

PASINATO, M. T. & KORNIS, G. E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

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

PEREIRA, J. D.; SILVA, S. S. de S. & PATRIOTA, L. M. (2006). Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. *Qualit@s - Revista Eletrônica*, 5(3). Disponível em: <revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/64/56>. Acesso em: 20 dez. 2012.

PUGA, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Revista Española de Salud*

Publica, 79(3): 327-330, 2005.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(Supl.): 153-173, 2009.

TARTUCE, G. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, 25(87): 353-382, 2004.

WANDERLEY, M. B. & BLANES, D. *Publicização do Papel do Cuidador Domiciliar no Âmbito da Política de Assistência Social*. São Paulo, Brasília: IEE, PUC-SP, SAS, MPAS, 1998.

Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde

Anna Violeta Ribeiro Durão
Clarissa Alves Fernandes de Menezes
Filippina Chinelli
Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini
Márcio Candeias Marques
Ramón Chaves Gomes

O texto analisa o trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS) sob o ponto de vista da articulação entre os conceitos de qualificação e gênero. Esta perspectiva analítica possibilita refletir sobre questões relacionadas ao gênero da força de trabalho que tensionaram e continuam a tensionar, no capitalismo contemporâneo, o emprego do conceito de qualificação e o próprio trabalho que as ACS desenvolvem.

O conceito de qualificação, assim como os demais aqui utilizados, é entendido em uma perspectiva histórica e contraditória da construção das relações sociais. Vale destacar que, tomado nessa perspectiva, o conceito de qualificação acompanha a discussão teórico-metodológica desenvolvida no primeiro capítulo desta coletânea, o que permite articular as diversas mediações envolvidas no trabalho dessas mulheres, tais como seu papel, o reconhecimento social, as relações de trabalho e a formação profissional, entre outras. Nesse sentido, a qualificação contrapõe-se ao conceito de competência, muito em voga na atualidade, a partir do qual se estabelece uma relação direta entre as habilidades adquiridas pelos sujeitos e a capacidade de se manter empregado, reeditando, com uma nova roupagem, a teoria do capital humano.¹

¹ O conceito de capital humano foi elaborado mais sistematicamente por Theodoro Schultz em 1973, autor que destaca que o investimento em educação está diretamente relacionado ao crescimento econômico da nação ou indivíduo. Nesse sentido, as diferenças de desenvolvimento entre os países, bem como entre as pessoas, passam a ser compreendidas pelo maior ou menor grau de investimento dado a esse fator (Frigotto, 2008).

Cabe destacar que a análise empreendida a seguir procura contribuir com uma vertente de estudos ainda incipiente que trata o trabalho e a educação em saúde com base na qualificação e no gênero, particularmente, no caso do trabalho das ACS.²

As agentes de saúde estão presentes nas políticas de assistência desde meados da década de 1970, quando atuavam principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. A primeira política estatal envolvendo essas trabalhadoras foi implementada no Ceará, em 1987, como uma frente de trabalho que tinha por objetivo gerar emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil (Tomáz, 2002; Morosini, 2010). No entanto, foi a partir de 1991, com a criação do Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) que sua atuação passou a fazer parte de uma política mais ampla de Estado, no contexto da recente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tensionada pela pauta político-econômica de matriz neoliberal então em curso. À época já se sublinhava a importância dessas agentes para a ampliação da atenção básica na direção de segmentos da população excluídos dos serviços de saúde. Considerava-se que seu trabalho contribuiria para a consolidação do novo sistema de saúde, cujo princípio – a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988) – fora assegurado na Constituição de 1988.

Contraditoriamente, porém, a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)³ acabou por reforçar, em uma conjuntura de políticas sociais liberalizantes, concepções focalizadas da atenção à saúde associadas, não por coincidência, à precarização do trabalho.

Durante mais de uma década, o trabalho das ACS não teve reconhecido o estatuto de profissão, sendo considerado apenas uma função. Em 2002, a profissão de ACS é criada por meio da lei n. 10.507, sendo caracterizada pelo exercício de atividade de prevenção de doenças nas chamadas ‘comunidades’.⁴ A sua profissionalização foi correlata da ampliação das exigências de qualificação, prevista em lei e demandada pelos próprios trabalhadores. Até então, os principais pré-requisitos para a

² Entre os estudos que abordam a questão do gênero no trabalho das ACS, destacam-se, entre outros, Barbosa e colaboradores (2012) e Menezes (2011).

³ Denominação do Programa a partir 1992.

⁴ Os autores compartilham uma visão crítica a respeito do uso contemporâneo do termo comunidade em referência sobretudo às favelas cariocas, conforme desenvolvido no artigo de Durão, Morosini e Carvalho (2011).

atuação das ACS restringiam-se a saber ler e escrever, ser maior de 18 anos, ter disponibilidade em horário integral e residir na comunidade em que atuará. Atualmente, segundo a lei n.º 11.350, de 2006 (que substituiu a lei n.º 10.507), para exercer a profissão de ACS é necessário ter concluído o Ensino Fundamental e o curso de formação inicial e continuada.

Em 2004, os ministérios da Saúde e da Educação elaboraram o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, estabelecendo as principais competências a serem desenvolvidas por esse profissional e os itinerários formativos necessários para a conclusão do curso técnico. Entretanto, decorrida quase uma década, apenas alguns municípios realizaram as três etapas formativas previstas pela estrutura curricular do Referencial. De modo geral, a primeira etapa tem sido o limite de implantação da proposta de formação técnica das ACS, em função principalmente da oposição dos gestores do SUS, notadamente dos gestores municipais⁵ (Morosini, 2010).

Entre as exceções, encontra-se o município do Rio de Janeiro,⁶ onde atualmente 210 agentes cursam a segunda etapa do Curso de Educação Profissional de Habilitação Técnica em Agentes Comunitários de Saúde, realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Contudo, a experiência de formação técnica integral para ACS no Rio de Janeiro é ainda bastante restrita, embora seja indiscutível sua importância, principalmente diante do panorama nacional. Segundo fontes do Departamento de Atenção Básica (DAB)⁷ da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS), existem hoje no município cerca de 4.400 agentes, que atendem aproximadamente 40%

⁵ Um argumento recorrente na oposição dos gestores municipais à formação técnica dos agentes é a suposição de um conseqüente aumento salarial, em função da habilitação técnica, o que seria inviabilizado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com a folha salarial no setor público. É importante ressaltar que tais argumentos, notadamente vinculados ao aspecto da gestão, não são os únicos a compor uma frente de resistência à formação técnica dos agentes. Ao contrário, esses argumentos, muitas das vezes, mascaram outros que dizem respeito ao perfil social dos ACS, à sua origem comunitária e ao que se espera do seu trabalho (Morosini, 2010). Ainda sobre os argumentos relacionados à gestão, considerados por muitos estritamente técnicos, é preciso compreendê-los também como frutos de interesses, posições políticas e perspectivas de sociedade.

⁶ A EPSJV/Fiocruz foi a primeira instituição da região Sudeste a realizar o curso técnico completo, tendo formado a primeira turma em julho de 2011.

⁷ Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 1 ago. 2012

da população. Desse total de ACS no Rio de Janeiro, apenas 5% estão cursando a segunda etapa formativa da habilitação técnica.

Parte significativa das informações discutidas neste texto foi obtida por meio da aplicação e análise de um questionário fechado respondido por 167 ACS da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Rio de Janeiro, que compõem as turmas da formação técnica em curso no município. Obtiveram-se também informações por meio da literatura pertinente ao tema. Essas informações permitiram analisar o perfil social e os percursos laborais e formativos dos ACS entrevistados, em articulação com os conceitos de qualificação e gênero, possibilitando refletir sobre características do trabalho na atualidade e, especificamente, sobre a inserção dessas mulheres trabalhadoras no âmbito do SUS.

Tecendo Articulações entre os Conceitos de Qualificação e Gênero para a Análise do Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde

Sublinhar o caráter histórico-concreto dos conceitos de qualificação e gênero permite o afastamento de uma concepção essencialista do que é ser mulher, bem como de uma determinada visão sobre a qualificação que a entende como um vínculo linear entre os requerimentos de um determinado posto de trabalho e o tempo de formação do trabalhador.

Assim, analisar o trabalho das ACS significa identificar e compreender as mudanças estruturais que vêm modificando o papel dos homens e das mulheres no mercado de trabalho, pois, como sublinha Maruani (2003: 27), diante do desemprego, da precarização das relações de trabalho e da insegurança a que está submetida a maioria dos trabalhadores, as posições que mulheres ocupam no mercado de trabalho não são particulares, mas “reveladoras de fenômenos de conjunto”.

Quando se constata que a qualificação é um processo e um produto decorrente das relações sociais que o próprio trabalho engendra, também influenciado por fatores socioculturais,⁸ é possível entender que determinada atividade, dependendo do momento histórico, pode ser definida como feminina ou masculina, pois os diversos elementos em disputa para a sua

⁸Acompanhamos a compreensão de qualificação desenvolvida no primeiro artigo desta coletânea.

configuração, bem como a ideologia a eles correlata, sofrem modificações. Nesse sentido, as taxas de feminização ou masculinização das profissões lançam luz sobre as transformações em curso no mundo do trabalho, bem como nas relações sociais entre os sexos (Cacouault, 2003).

Vale notar que durante as décadas de 1950 e 1960 as mulheres começaram a ter uma certa visibilidade nos estudos sobre trabalho e emprego, colocando-se em relevo a histórica desigualdade que marcou e ainda marca a sua situação no mercado de trabalho, visto que, para trabalhos iguais, os salários auferidos pelas mulheres sempre foram menores do que os dos homens.

Hirata (2003) destaca que, nos primeiros estudos sobre a condição feminina e o trabalho, as mulheres eram tratadas à parte, como categoria específica, desconsiderando-se as relações entre gêneros. Com o avanço das pesquisas, coloca-se em xeque a visão hegemônica da sociologia do trabalho que privilegiava o trabalhador fabril do sexo masculino.

Com o desenvolvimento dos estudos de gênero, o conceito de qualificação passa a abranger as relações entre homens e mulheres na produção, bem como nas demais esferas da sociedade. Nesse sentido, Hirata (2003) destaca que os trabalhos de Fridmann e Naville⁹ foram questionados, pois com os novos estudos, passou-se a incorporar o trabalho doméstico ao conceito de trabalho, bem como se ampliou o quadro de análise, buscando-se entender o universo extratrabalho e as relações entre homens e mulheres na família e na sociedade. Sobre esse aspecto, vale citar Raimond Williams (2007: 397) quando destaca:

Estar empregado (*to be in work*) ou desempregado (*to be out of work*) era estabelecer uma relação definida com pessoa que controlava os meios do esforço produtivo. Então, o trabalho deslocou-se, em parte, do próprio esforço produtivo para a relação social dominante. É somente nesse sentido que se pode dizer que uma mulher que cuida da casa e cria os filhos não trabalha.

Fridmann e Naville, ao refletirem sobre o conceito de qualificação no pós-segunda guerra, enfatizaram a construção do assalariamento e

⁹ Georges Fridmann e Pierre Naville são considerados os fundadores da sociologia do trabalho na França e foram os primeiros a refletir sobre o conceito de qualificação, sendo os percussores, respectivamente, das visões ‘substancialista’ e ‘relativista’ presentes no debate sobre o conceito (Tartuce, 2007).

analisaram como os trabalhadores poderiam contrarrestar as formas de exploração presentes nessa relação. É importante destacar que a relação contratual no Estado de Bem-Estar estabeleceu-se devido às lutas dos trabalhadores, alargando os direitos quanto ao tempo de trabalho, reconhecimento do direito de greve, garantias salariais etc.

Com os ajustes macroeconômicos e a reconfiguração do Estado, de inspiração neoliberal, assiste-se ao crescimento do desemprego, à redução da proteção jurídica, à precarização das relações de trabalho e à mercantilização de setores que antes eram considerados residuais ou complementares à indústria. Nesse processo, há uma perda significativa de direitos dos trabalhadores, entre os quais uma expressiva redução nos países europeus da rede de assistência que permitira o maior engajamento das mulheres no mercado de trabalho. Assiste-se, atualmente, a um fomento da participação da família no cuidado com seus membros, sobretudo das mulheres, como forma de compensar a diminuição do Estado nas políticas sociais (Castel, 2010; Rizzotto, 2000; Montaña, 2003).

As transformações anteriormente apontadas resultaram na crescente ampliação da fragmentação do trabalho e dos níveis de segregação ocupacional segundo os sexos, ao mesmo tempo que se verifica um expressivo aumento do contingente de mulheres no mercado de trabalho, ocupando em boa parte das vezes, postos precarizados, com pouca ou nenhuma proteção jurídica e baixa remuneração (Hirata, 1998; Antunes, 2010; Bruschini & Ricoldi, 2009). Considera-se que a dimensão de gênero associada ao conceito de qualificação permite ampliar a compreensão dessas transformações, aí incluídas as possibilidades e os limites da “classe-que-vive-do-trabalho” (Antunes, 1999) de fazer frente aos efeitos nefastos que tais mudanças vêm acarretando. Assim, o trabalho doméstico e as particularidades da inserção das mulheres no mercado de trabalho não são apenas exceções a um modelo geral, mas elementos constitutivos da nova morfologia do trabalho (Hirata, 2002; Antunes, 1999).

Ao menos até a década de 1960, o trabalho feminino era compreendido, na maioria das vezes, fora do âmbito da produção, ressaltando-se o papel da mulher no âmbito doméstico como fator importante para a recuperação/reprodução da força de trabalho. Acrescente-se ainda que, no campo ideológico e legal, houve uma separação entre as funções pri-

vadas, entendidas como esfera da família, que se contrapunham e se subordinavam à esfera pública.

Várias autoras (Doimo, 1995; Dagnino, 2002; Castro, 2004) revelam que os estudos ligados aos movimentos sociais acabaram mais por questionar a tendência hegemônica nas análises da sociologia do que por se centrarem no trabalho industrial. Combes e Haicault (1987) alertam para o estreitamento das análises que entendem a produção no modelo capitalista apenas como produção de bens, lembrando que tal modelo diz respeito à produção social de seres humanos. Ou seja, pensar a produção social da existência implica uma análise que envolva a um só tempo as relações de gênero e destas no capitalismo.

No capitalismo contemporâneo destaca-se a tendência ao ‘borramento’ dos limites entre as esferas pública e privada, acompanhada pela crescente transferência do espaço de trabalho para o ambiente doméstico e pela mercantilização de atributos e habilidades característicos da socialização feminina (Stabile, 1999). Como destaca Hirata (2009b: 163), esse processo não se refere apenas à “mercantilização da ‘disponibilidade permanente’ das mulheres, visível na esfera doméstica, mas também de uma generalização, na esfera do trabalho remunerado, de um modo de relação anteriormente privado”. O trabalho das ACS é significativo dessa tendência.

Esse imbricamento entre as duas esferas coloca em relevo o processo contraditório que envolve o trabalho feminino, permitindo, de um lado, evidenciar a precariedade a que estão submetidas a maioria das mulheres; e, de outro, romper com o enclausuramento no qual o trabalho doméstico era tratado, possibilitando um maior questionamento sobre sua atuação. Nesse sentido, como ressalta Simões-Barbosa (2001), uma importante contribuição que o movimento feminista¹⁰ trouxe para o debate foi colocar em destaque questões antes restritas à esfera doméstica, possibilitando repensar de forma crítica as relações entre a esfera pública e a privada.

Com efeito, a articulação aqui apresentada entre os conceitos de qualificação e gênero busca superar uma abordagem essencialista e an-

¹⁰ Embora houvesse no movimento feminista da década de 1960 uma corrente minoritária que sublinhava a importância de se contextualizar historicamente as significações do masculino e do feminino, aí considerada a diferença de classe, o que agregava o movimento era seu repúdio à visão da mulher confinada à esfera do lar (Giffin, 2002).

tidualética do trabalho feminino. Esse movimento teórico permite aprofundar a compreensão do trabalho das ACS, tendo em vista que nas políticas de gestão do trabalho e de formação há um nítido enfoque de gênero, sobretudo no que diz respeito à conformação do perfil social dessas trabalhadoras.

Perspectivas de Gênero Presentes na Qualificação das Agentes Comunitárias de Saúde

Este item se detém sobre a perspectiva de gênero presente nas políticas direcionadas às ACS e na sua relação com a qualificação das agentes entrevistadas, procurando averiguar quais foram os critérios socialmente construídos que geraram a atual conformação do seu trabalho.

Pode-se constatar que já no Programa de Agentes de Saúde do Ceará, que se tornaria paradigmático para a ampliação do trabalho das agentes para o resto do país, optou-se por recrutar um contingente de 6.113 trabalhadoras, tendo como orientação da política empregar mulheres em situação de desemprego. Essa perspectiva está presente nas palavras do então Secretário de Saúde do Ceará dr. Carlyle Lavor, em entrevista concedida a Nogueira, Silva e Ramos (2000: 4):

Sempre na emergência se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são donas de casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade.

Este fato permite constatar que, desde as experiências iniciais, o programa apresenta como uma de suas marcas a relação entre o estado

de vulnerabilidade e pobreza das populações atendidas e uma concepção de gênero na qual o papel do cuidado, socialmente construído como um atributo feminino, é usado para disseminar a política de Estado.

Com a implantação do Pnacs em 1991 no Nordeste obteve-se uma importante transformação nos indicadores de saúde relativa, principalmente, à mortalidade materna e infantil a partir do desenvolvimento de atividades de orientação e informação da população, sobretudo das mulheres, passando as ACS a serem responsáveis por disseminar cuidados caseiros que poderiam prevenir determinadas doenças. Lima e Moura (2005) destacam a facilidade de as agentes estabelecerem relação com as mulheres atendidas pela política como uma explicação para a predominância feminina no Programa Saúde da Família (PSF), considerando ainda que o trabalho centrava-se no pré-natal e em cuidados com os recém-nascidos.

Isso significa que o sentido da contratação dessas mulheres está intimamente ligado ao seu papel na divisão sexual e social do trabalho. O domicílio sempre se constituiu em um locus de desenvolvimento de práticas de saúde, institucionalizadas ou não, cabendo à mulher a responsabilidade no cuidado das crianças, idosos e demais adultos. Assim, aproveitou-se uma função que já era exercida no âmbito doméstico, como o aleitamento materno, os cuidados com a higiene, entre outras, para fortalecer e disseminar uma política de Estado para o restante da população. Acredita-se que, dentre outros aspectos, optou-se pela utilização dessas trabalhadoras por elas ainda não terem se consolidado em um campo profissional. Assim, se a contratação fosse feita incorporando profissionais que já tivessem, uma estrutura de carreira consolidada a sua inserção direta nos quadros do Estado seria mais facilmente legitimada, pois apesar da flexibilização das relações de trabalho no setor público este ainda possui certa regulamentação pautada pela noção de posto de trabalho, de um modelo de classificação e de relação profissional. Optou-se, portanto, pelo emprego dessas mulheres com habilidades construídas no espaço doméstico, com certo reconhecimento social, mas com pouca possibilidade de se inserir nos quadros do Estado.

A sobrevalorização do que é considerado *suis generis* no seu perfil social está associada à dificuldade de profissionalização das ACS. Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), esse perfil conforma-se pela associa-

ção de dois elementos: a sua origem comunitária e um suposto pendor à solidariedade. Acredita-se que os autores buscavam angariar consenso sobre as novas institucionalidades do trabalho, conforme visto em Morosini (2010), que constata a predominância do argumento relativo ao perfil social atípico dessas trabalhadoras no processo de discussão da política de formação, gestão e práticas laborais das ACS.

Na visão propagada por Nogueira, Silva e Ramos (2000), as agentes, por terem um perfil social fora do comum, não deveriam ser comparadas, nem agrupadas com outras profissões preexistentes no campo da saúde. Com base em um discurso no qual se atribuíam as mazelas da área da saúde à cultura institucional do setor público, visava-se aumentar a cobertura do setor com uma mão de obra cujo treinamento pudesse ser efetuado com facilidade e, sobretudo, não aumentasse os custos do Estado. Para corroborar com a sua perspectiva, os autores destacaram trechos de documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Ceará que apresentavam as principais características do ACS como trabalhador *sui generis*:

- a) Identidade com a comunidade. ‘O Agente Comunitário (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade’ (Documento do Ministério da Saúde).
- b) Pendor para ajuda solidária. ‘O objetivo principal do Programa é melhorar a competência da comunidade de cuidar de sua própria saúde. Os agentes de Saúde são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam *uma tendência natural de atender algumas demandas das famílias na sua vizinhança*’ (Documento da Secretaria de Saúde do Ceará *apud* Nogueira, Silva & Ramos, 2000: 7 – grifos nossos)

Esses autores consolidaram uma perspectiva que já estava presente na política, amalgamando o perfil social das agentes, o que acena, como afirma Castel (2010), para a tendência de configuração de formas alternativas, fora do emprego clássico, na busca por novas cidadanias. Lima e Moura (2005: 20-21), ao avaliar o PSF na Paraíba, destacam a importância de se analisar essas ‘novas’ institucionalidades na organização do processo de trabalho e especificamente do processo de trabalho das ACS. Para esses autores, essas novas institucionalidades se constituiriam, de um lado, por uma flexibilidade negativa, na qual há:

o predomínio de contratos temporários, parciais, e mesmo a inexistência de contrato algum. A ausência de direitos sociais afeta os trabalhadores que, durante anos, mantiveram-se e mantêm-se com contratos ‘verbais’ por tempo determinado sem nenhuma garantia.

De outro lado, os autores destacam aspectos que consideram positivos em relação à flexibilidade, assinalando maior autonomia das ACS perante as equipes, principalmente, por serem valorizadas pela comunidade onde vivem, pela possibilidade de receberem formação continuada e por participarem ativamente da política de saúde na sua área de atuação. Esperava-se que essas mulheres, mais do que percebidas como trabalhadoras precárias, fossem reconhecidas socialmente devido às atividades efetivas que realizavam.

Trata-se de uma visão calcada em uma experiência específica que os autores acreditam ser passível de reprodução. Além disso, os autores consideram de forma otimista elementos passíveis de crítica, como por exemplo a formação continuada que, na prática, está muito mais relacionada à capacitação para o trabalho, sem que isso necessariamente tenha uma contrapartida na melhoria das condições de trabalho ou concorra para a profissionalização das trabalhadoras.

Esse paradoxo entre a valorização do trabalho das ACS no discurso da política e as condições precárias de trabalho e vida às quais elas estão submetidas gera tensões de difícil superação, na medida em que o sistema de saúde público vem lidando com um aumento da demanda, fruto das lutas sociais travadas na área e de novos problemas que afetam a população. A ampliação do acesso, sem o adequado investimento, gera no interior do sistema uma gama de situações-problema que vem causando um maior sofrimento no trabalho.

Morosini (2010) destaca uma importante contradição produzida na área da saúde nas décadas de 1990 e 2000, qual seja, um crescimento tanto dos postos de trabalho quanto da cobertura, principalmente, pela ampliação da atenção básica e pela adesão dos municípios à ESF; crescimento este viabilizado, de um lado, pelo aumento de vínculos que subtraem direitos dos trabalhadores e, de outro, pela ampliação de cobertura com viés focalizante e seletivo, ou seja, que restringe o direito da população à saúde.

Neste contexto de vulnerabilidade, acredita-se que ao se destacar “o pendor para ajuda solidária” naturaliza-se uma habilidade construída pelas mulheres nesses espaços, fomentando uma competência subjetiva por meio da qual se valoriza a capacidade de interação entre os moradores para dar conta do afastamento do Estado. Assim, concorda-se com Appay (*apud* Hirata, 2009a) quando destaca que as propaladas ‘novas formas de emprego’ nada mais são do que um eufemismo que procura dar uma conotação positiva à precariedade e à flexibilidade do trabalho no mundo atual.

Nota-se, portanto, que a “identidade com a comunidade” e “o pendor para a ajuda solidária” são discursos interligados e construídos a partir de uma visão essencialista do que é ser mulher. Não qualquer mulher: mulheres em condições socioeconômicas bem determinadas pelo papel que cumprem na produção e reprodução das relações sociais capitalistas:

Quando se parte do princípio de que esses dois aspectos [da mediação e da solidariedade] são centrais na composição do perfil social das ACS (...) conclui-se que a realidade e, sobretudo, o que produz essa realidade devem ser mantidos, conservados, isto é, descartando a possibilidade de transformação histórica. (Gomes, 2012: 514)

Como constataam Durão, Morosini e Carvalho (2011), durante as décadas de 1980 e 1990 houve um deslocamento do conceito de comunidade quando referido à qualificação das agentes. Se durante os anos 80 a participação dessas mulheres na comunidade era significativa de uma maior conscientização sobre a possibilidade de se transformar a sociedade, nos anos 90, a comunidade passa a se restringir à pequena política,¹¹ sendo o lócus de políticas focalizadas. Isso se depreende das características requeridas das agentes, presentes no documento “Modalidades de contratação de Agente Comunitário de Saúde: um pacto tripartite”, analisado por Gomes (2012), no qual, segundo o autor, se estabelece a base conceitual para a precarização do trabalho dos ACS.

O mesmo deverá ser uma pessoa confiável, bem conceituada na comunidade, amena no trato, com acesso às residências, como se fosse alguém da própria família, de forma a servir

¹¹ Gramsci (2001) distingue a grande política, caracterizada como aquela que diz respeito às estruturas da sociedade, da pequena política, que compreende as questões parciais e cotidianas que se apresentam no interior de uma estrutura, restringindo-se a administrar o existente.

de elo entre a comunidade e as equipes técnicas de saúde da família. (Brasil *apud* Gomes, 2012: 512)

O trabalho das agentes na comunidade é entendido como uma extensão do trabalho doméstico e, como tal, tem um reconhecimento social pontual. Essas mulheres não são vistas como profissionais do SUS e, dessa forma, não lhes cabe formação técnica, na medida em que elas já foram formadas socialmente para esse trabalho. Nessa perspectiva, o trabalho das agentes é apresentado como uma ocupação de transição, cujo perfil está mais vinculado à comunidade onde trabalham/moram do que ao Estado. Desse modo, o seu vínculo de trabalho estaria ligado às organizações da “sociedade civil”,¹² a sua formação para o trabalho no SUS ocorreria na modalidade de educação continuada e seu itinerário formativo e profissional dependeria da capacidade individual de investir em educação e conseguir emprego.

Esta perspectiva converge para um entendimento mais amplo das políticas de emprego/educação que têm nas noções de competência e empregabilidade um dispositivo ideológico cujo objetivo é fazer crer ao trabalhador que apenas ele é responsável pelo desemprego ou pelo acesso a postos precarizados de trabalho. A noção de competência enfatiza o investimento individual realizado no decorrer não só da formação escolar, mas também em outros espaços da vida para se atualizar em relação às demandas do mercado de trabalho. Como destaca Frigotto (2011: 115-116), “são as competências: conhecimentos, saberes, atitudes, valores, renováveis ao longo de sua vida, que supostamente garantem, não mais o emprego, mas a empregabilidade”.

Nesse sentido, a noção de empregabilidade refere-se à potencialidade dos trabalhadores em negociarem a própria capacidade de trabalho; reforça uma ideologia que responsabiliza apenas os indivíduos pela inserção no mercado; está relacionada a uma cultura de trabalho em que

¹² O conceito de sociedade civil em voga na atualidade parte de uma distinção entre Estado e sociedade civil, operando como antíteses o Estado e o não Estado, o poder político e o social, correspondente à oposição entre a coação, representada pelo Estado, e a liberdade, representada pela sociedade civil (Wood, 2003). Diferentemente dessa concepção, entende-se o Estado no sentido formulado por Gramsci, para o qual “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é hegemonia couraçada de coerção” (Gramsci, 2001: 244). Nesse sentido, a sociedade civil faz parte do Estado e se configura como o espaço de luta de classes, onde os diversos sujeitos políticos coletivos, por meio de seus aparelhos privados de hegemonia, disputam a direção política e cultural das formações sociais (Neves, 2005; Fontes, 2006).

os valores coletivos encontram-se em dissolução; e valoriza o sucesso individual como se ele dependesse unicamente das próprias disposições individuais (Machado, 1998; Frigotto, 2011).

O trabalho das ACS na perspectiva de gênero e da qualificação

Vários estudos, dentre os quais os de Aquino (1995) e de Menezes (2011) mostram que o local é um dos elementos que as mulheres consideram relevantes quando procuram um emprego, com o objetivo de tentar conciliá-lo com o cuidado dos filhos e o trabalho doméstico. O trabalho como ACS permite a essas mulheres uma maior facilidade de compatibilizar essas duas esferas, uma vez que não há uma divisão marcante entre o espaço/tempo de trabalho e a vida privada.

Um dos aspectos mais importantes que explicam a incorporação dessas trabalhadoras pela política derivou justamente desse imbricamento que facilitaria sua maior penetração nos territórios a serem atendidos. Imaginava-se com isso contribuir para que o “trabalho real” se sobrepusesse ao “trabalho prescrito”¹³ pois trazia a potencialidade de maior interferência dessas trabalhadoras no ato do cuidado (Menezes, 2011; Simões-Barbosa *et al.*, 2012). No entanto, constata-se, no município do Rio de Janeiro, uma configuração do processo de trabalho das ACS, no qual há uma sobrecarga de atividades não diretamente ligadas às suas funções: aumento do número de famílias sob sua responsabilidade, produção por metas, entre outras formas de exploração. Essa intensificação do trabalho das agentes implica a diminuição do tempo para as visitas domiciliares e as demais atividades educativas que fazem parte da sua

¹³“(…) estudos possibilitaram, inicialmente, que se evidenciassem duas faces do trabalho: a tarefa (trabalho prescrito) e a atividade (trabalho real). Duas faces que não se opõem, mas, ao contrário, se articulam (...). O conceito de trabalho prescrito (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O trabalho prescrito é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho (...). O esforço conceitual sinalizado na expressão ‘trabalho real’ está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar (...)” (Brito, 2008a: 440). “Trabalho real’ (atividade), é aquilo que “é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador” (Brito, 2008b: 453-454).

atuação, o que, conseqüentemente, tende a enfraquecer o grau de autonomia e potencialidade do seu trabalho.

Diante dessas condições que muitas vezes implicam extensão da jornada de trabalho e sofrimento psicológico, cabe indagar por que essas mulheres se tornaram ACS. A análise das informações obtidas a partir dos questionários respondidos por ACS do município do Rio Janeiro permitiu elaborar considerações iniciais a respeito. A primeira está relacionada ao fato de que o trabalho como agente, mesmo sendo mal remunerado e estabelecido muitas vezes por meio de uma relação jurídica precária e terceirizada, possibilita certa estabilidade no emprego. No município do Rio de Janeiro, essa estabilidade se apresenta no fato de a maioria das ACS entrevistadas (88,9%) atuar nessa função há mais de seis anos, o que contrasta com o atual cenário de instabilidade e rotatividade no mercado de trabalho em geral.

Compreende-se que, ao contrário do que proclama a política, o que parece determinar o interesse dessas mulheres pelo trabalho como ACS não é a possibilidade de realizar na prática habilidades subjetivas como o pendor à solidariedade e liderança, nem a amenidade no trato ou a vocação para mediação. Os principais fatores que parecem concorrer para que as mulheres procurem o trabalho como ACS são as condições incertas e precárias de inserção no mercado de trabalho e, fundamentalmente, o imperativo da sobrevivência.

De fato, foi possível constatar que seus itinerários profissionais são extensos e erráticos como os da maioria dos trabalhadores brasileiros que ocupam a mesma condição de classe das ACS entrevistadas. Não só boa parte delas começou a trabalhar muito cedo, como suas trajetórias profissionais não são pautadas por projeto anterior que lhes desse coerência. Em geral, as ocupações que desempenharam iam desde ‘operadora de caixa’ até ‘costureira’, passando ainda por ‘empacotadora’, ‘balconista’, ‘auxiliar de serviços gerais’, ‘secretária’, ‘garçonete’, ‘telefonista’, ‘vendedora’ e ‘autônoma’. Em termos quantitativos, é possível perceber o quão diversas são as trajetórias profissionais dessas ACS. Entretanto, a diversidade se dilui quando se consideram as características das ocupações que compõem esses itinerários profissionais, visto que a maioria dos postos de trabalho relatados remete à baixa qualificação, a níveis intensos de exploração do trabalho, redundando em pouco ou nenhum reconhecimento social.

A análise dessas trajetórias permite verificar também que 56,9% das entrevistadas trabalhavam fora de casa antes de se tornarem ACS. Desse total, 63,3% trabalhavam com carteira assinada e 30,4% sem carteira assinada. Apenas 37,9% das entrevistadas informaram trabalhar em casa por conta própria, estar desempregada ou ser dona de casa no momento imediatamente anterior ao de se tornar ACS. Pouquíssimas foram as entrevistadas que relataram alguma experiência anterior com trabalho em saúde ou com prestação de cuidados pessoais.

Acrescente-se ainda que 33,5% das ACS entrevistadas também desenvolvem outras atividades remuneradas como forma de complementação de renda, dentre as quais: técnica em enfermagem, diarista, comércio e as realizadas em seus próprios lares, como a confecção de bolos, salgados, entre outras. Estes números evidenciam que na maioria dos casos 'ser' ACS é apenas 'estar' ACS: uma profissão a mais no vasto e conturbado percurso profissional dessas mulheres.¹⁴

Várias são as estratégias acionadas por essas mulheres para manter a sobrevivência, agregando, a um só tempo, trabalho doméstico, assalariado e outras formas de atividades/rendimentos informais. O acionamento de atividades informais sempre foi uma estratégia da classe trabalhadora, inclusive das mulheres, para manter a sobrevivência. O que se verifica na atualidade é que em face da contração ainda mais acirrada do emprego estável e bem remunerado, estimula-se o desenvolvimento da informalidade, sob a roupagem do empreendedorismo, como forma de inserção, ainda que vulnerável, no mercado de trabalho.

Nesse sentido, o trabalho não é visto como um direito, e os trabalhadores/trabalhadoras têm que encontrar soluções próprias para enfrentar tanto o desemprego quanto as formas precarizadas de trabalho. No caso das trabalhadoras, deve-se ressaltar ainda a conformação de uma ideologia que enaltece a independência da mulher exaltando sua inserção no mercado de trabalho. No entanto, como salienta Giffin (2002: 105):

¹⁴ O sentido que se busca oferecer com as expressões 'ser agente' e 'estar agente' é de crítica às visões naturalizantes e essencialistas do trabalho como ACS e do que é ser mulher em nossa sociedade. Pretende-se afirmar que a escolha para o trabalho como agente de saúde não está fundada em uma vocação ou algo similar, mas sim em mais um recurso necessário à sobrevivência da classe trabalhadora.

Essa atualização ideológica dos gêneros, na figura da ‘nova mulher independente’ que controla sua fecundidade, trabalha fora e tem seu dinheiro ‘próprio’, permite o ocultamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que essas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social.

Qualificação e gênero: a formação das Agentes Comunitárias de Saúde

A formação das ACS envolve uma dupla dimensão: aquela construída nos espaços institucionalizados e aquela decorrente da sua inserção nos espaços onde moram e trabalham – os saberes tácitos. O saber tácito refere-se à parte do conhecimento que não pode ser explicitada, constituída pelas sínteses de conteúdos esparsos e práticas de trabalho desenvolvidas ao longo da vida e que se distinguem tanto em função das diferentes subjetividades dos trabalhadores quanto das diferentes experiências de vida e de trabalho (Kuenzer, 2002).

Os saberes tácitos foram bastante valorizados para a inserção das ACS na implantação tanto do Pacs quanto da ESF, e em grande medida foram contrapostos ao conhecimento técnico-científico. Um dos argumentos que se opôs à formação técnica das ACS afirmava que essa formação as afastaria das habilidades inerentes à sua vinculação com a comunidade. Dessa forma, desenvolve-se uma compreensão dicotômica sobre a pertinência da formação das ACS que se relaciona com o papel, que lhes é atribuído nas políticas de saúde, de mediação entre o Estado e a sociedade civil. Assim, dependendo do acento que se coloca na sua função, sublinha-se ora a pertinência da formação técnica – consequentemente, uma maior indução do Estado e do poder biomédico na vida da população –, ora a potencialidade dos seus saberes junto à comunidade. Durão, Morosini e Carvalho (2011) ressaltam que essa dicotomia apresenta-se como uma falsa questão, na medida em que, independente do acento que se queira dar ao trabalho das ACS, essas políticas se constituem como uma ação do Estado e o que as diferencia é o caráter desse Estado e o projeto de sociedade implícito nessas ações.

Quando se analisam esses posicionamentos sob uma perspectiva de gênero, constata-se que o direcionamento da política que esteve pre-

sente na construção de várias profissões femininas, como, por exemplo, a enfermagem,¹⁵ valoriza de forma pontual os saberes culturalmente construídos como qualificação feminina. O que sobressai no trabalho das agentes é a sua valorização no discurso das políticas, com argumentos que servem tanto para justificar a sua participação na ESF quanto para dificultar a sua profissionalização como trabalhadoras da saúde.

Tereza Ramos, ex-presidenta da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), sinaliza em entrevista a importância da certificação técnica:

Nós não queríamos um curso de seis meses, queríamos um certificado que dissesse que ‘Tereza é Agente Comunitário de Saúde’ para, em qualquer lugar do país em que eu chegasse, ser reconhecida como Agente Comunitário de Saúde. (Lopes, Durão & Carvalho, 2011: 198)

Nota-se, portanto, a importância dada pela ex-presidenta da Confederação à certificação técnica como forma de assegurar uma identidade laboral coletiva, contrapondo-se aos cursos de pequena duração oferecidos de forma fragmentada, não validando o caráter profissional da formação das ACS.

Nesse caso, vale a pena sublinhar a participação do Estado na formação das ACS, pois mesmo sem a garantia de uma certificação técnica, ao longo da sua trajetória profissional, elas participaram de vários cursos de educação continuada que visavam acrescentar ao seu trabalho uma dimensão técnica-científica. Em um campo mais amplo, a certificação de cursos de educação continuada vem sendo alardeada, na ótica da empregabilidade, como uma maneira de os trabalhadores somarem à sua formação certificados que lhes permitam comprovar diante do mercado as competências adquiridas em outros espaços de formação. Como a profissão das ACS só existe no interior do SUS, a certificação via cursos de educação continuada, mesmo sob uma ótica utilitarista, pouco contribui para lhes ampliar a empregabilidade. Como esses cursos também não têm nenhuma relação com a possibilidade de melhores salários e ascensão na carreira, pouco acrescentam ao seu reconhecimento social e à possibilidade de melhorar suas condições de vida.

¹⁵ Vale lembrar a construção ideológica da tecnicidade como símbolo do poder e de um controle sobre a natureza, ligado, a um só tempo, ao masculino e ao trabalho qualificado, ao passo que habilidades, consagradas ao relacional da vida, são consideradas pertencentes a um universo de trabalho no qual são requeridas qualidades inerentes à natureza feminina (Richard, 2003).

Uma das conquistas da categoria com o Referencial Curricular para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde foi a possibilidade de perfazer itinerários de formação e de certificação técnica com validade nacional. Contudo, a elaboração do Referencial, construído sob a lógica das competências,¹⁶ não foi capaz de romper com a exigência da residência na comunidade como requisito para a atuação como ACS, conforme determina a lei 11.350/2006. Assim, permanece um cerceamento do trabalho dessas mulheres uma vez que estão restritas, se não mais ao âmbito doméstico, a um espaço bem delimitado de atuação. Há uma restrição da aplicação na prática de trabalho tanto do seu conhecimento técnico quanto do seu saber tácito, pois estes só adquirem algum valor dentro do território onde moram e trabalham.

Se, como foi destacado, na implantação da política, tinha-se como objetivo priorizar mulheres com pouca escolaridade, constata-se, no perfil das ACS estudadas, um aumento da sua escolarização, pois apesar de, para o ingresso no curso técnico, não ser necessária a conclusão do Ensino Médio, 89% delas já havia concluído este nível de ensino antes de se matricular. Vale ressaltar que 36,5% das entrevistadas também possuem outra formação técnica, o que sugere a tentativa de ampliar suas chances de inserção no mercado de trabalho, ou seja, de obter a tão decantada empregabilidade, mesmo que às custas de sacrifícios pessoais e familiares e investimento de tempo e de dinheiro, cujo retorno dificilmente se dará conforme o esperado.

O aumento da escolaridade das entrevistadas torna-se ainda mais evidente quando comparado ao nível de escolaridade de seus pais, já que a maioria possuía apenas o nível Fundamental. Em relação às mães das entrevistadas, 47,9% não concluíram o Ensino Fundamental e 20% não possuíam nenhuma escolaridade. Quanto aos pais, 46% não concluíram o Ensino Fundamental, 8,6% não possuíam nenhuma escolaridade e 16% das ACS desconheciam a escolaridade paterna.

Cerca de trinta agentes, o que representa 19% do total, cursam ou já cursaram Ensino Superior, não somente em carreiras com predomi-

¹⁶ O conceito de competência, no qual se apoia o Referencial, tem sua base teórica nas formulações de Zarifian, sendo esta entendida como a “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” (Brasil, 2004: 53).

nância feminina, tais como pedagogia, serviço social, enfermagem, mas também em ciências contábeis, administração, história, física, entre outras. Considerando que a maioria das ACS já possui mais de seis anos na profissão, supõe-se alguma dificuldade em ocupar posições que exijam Ensino Superior no mercado de trabalho.

Esses dados vão ao encontro de estudos que constataam a elevação do grau médio de escolaridade da classe trabalhadora. No entanto, como analisa Rumert (2009), observa-se um processo de elevação do nível de escolaridade sem que haja uma correspondência com o grau de conhecimento adquirido. A autora também destaca a ampliação do acesso ao Ensino Superior sem que se assegure a sua qualidade e, acrescente-se, sem que haja garantia de ocupação de postos de trabalho mais protegidos juridicamente, melhor remunerados e na área de formação específica.

Nesse contexto, cabe ainda pensar os limites e as possibilidades do Curso Técnico de ACS na qualificação das entrevistadas. O projeto de formação técnica desenvolvido pela EPSJV em parceria com a prefeitura do Rio de Janeiro representa um avanço na luta dessas trabalhadoras, pois diante de um quadro em que poucos municípios vêm assegurando a realização das três etapas formativas, esse curso, ainda que atinja uma pequena parcela das ACS, pode contribuir para ampliar a possibilidade de se estender a formação técnica ao restante dessas trabalhadoras.

A organização da proposta curricular da EPSJV para o curso¹⁷ parte de uma distinção entre a qualificação do trabalho e a qualificação do trabalhador, compreendendo-se que a primeira é restrita aos conhecimentos e habilidades que devem ser utilizados pelo trabalhador em seu emprego, enquanto “a qualificação do trabalhador diz respeito ao acervo total de saberes incorporados ao ser humano que desempenha tal tarefa” (EPSJV/Fiocruz, 2011: 4). Nesse sentido, compreende a formação não só como uma habilitação para o trabalho, mas principalmente como uma ferramenta que permite potencializar a reflexão e a intervenção crítica do trabalhador sobre o mundo.

Tem-se clareza que apenas a formação técnica é incapaz de gerar

¹⁷ É relevante destacar que todos os componentes curriculares da formação técnica que integraram o plano de curso proposto pela EPSJV à prefeitura foram elaborados e pactuados em oficinas realizadas pela EPSJV e pela Escola de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos (*Eti*) e Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ).

transformações profundas na prática dessas trabalhadoras. Ao possibilitar uma maior consciência sobre o seu trabalho, tal formação pode permitir a ampliação das lutas das ACS, pois traz para o âmbito do município a percepção sobre algumas contradições que, inclusive, compõem a pauta de reivindicações e conquistas da categoria em nível nacional, tais como: a necessidade de ampliar esta formação para o restante das ACS; a valorização da formação técnica em termos salariais; e a perspectiva de inclusão como profissionais vinculadas diretamente aos quadros da prefeitura.

Entende-se que o processo de profissionalização do trabalho das ACS se estabelece em um campo de lutas. Assim, as mudanças no quadro atual dependerão da capacidade de essas trabalhadoras se organizarem, contrapondo-se às políticas em curso e intervindo criticamente no seu trabalho, o que certamente potencializa as possibilidades de transformação.

Considerações Finais

Buscou-se analisar neste capítulo a perspectiva de gênero presente na qualificação das ACS que em muito contribui para o cerceamento de sua profissionalização. Acredita-se que o fato de a valorização de determinados aspectos do trabalho das ACS, e mesmo de sua inserção na equipe da ESF, fazer-se acompanhar de baixa remuneração, vínculos empregatícios indiretos, precária formação profissional etc reafirma e amplia uma posição resultante da correlação de forças hegemônicas na sociedade brasileira atual no que diz respeito às concepções de trabalho, educação e saúde.

Nesse contexto, seu trabalho é entendido como uma ocupação de passagem e sua mobilidade social depende da capacidade de cada uma dessas trabalhadoras investir na sua formação e lograr uma melhor posição na sociedade, necessariamente longe da função de ACS, cuja qualificação é limitada *a priori*. “Estar ACS” seria um período de transição no qual essas mulheres, na posse de saberes construídos na esfera doméstica, poderiam escolher e investir nos rumos que traçariam, no que diz respeito tanto à sua profissionalização quanto à sua formação.

Quando se contrasta a indução da política com os itinerários profissionais e formativos das entrevistadas, percebe-se que longe de serem trabalhadoras *sui generis*, suas trajetórias são significativas do processo de precarização mais amplo em curso no mundo do trabalho.

Essas trabalhadoras, ao contrário do que entende a política, não estão restritas, nem à esfera doméstica, nem à comunidade: possuem um percurso laboral extenso, no qual se verifica a oscilação ou a concomitância entre trabalho assalariado e trabalho informal. Verificou-se que as suas trajetórias no mercado de trabalho assumiram uma pluralidade relativa de forma necessária para garantir a sobrevivência.

Algumas dessas mulheres realizam outras atividades informais na tentativa de complementar a renda familiar. Isso somado ao trabalho com o lar e com os filhos e à ausência de separação nítida entre o espaço privado e o público faz com que seu horário de trabalho vá muito além das oito horas estabelecidas em lei, invadindo outras dimensões da vida dessas trabalhadoras.

No que tange à sua formação, as ACS vêm com muito esforço aumentando sua escolarização, sem que necessariamente isso lhes possibilite ascensão social, diferente das promessas contidas nos conceitos de competência e empregabilidade.

Mesmo assim, perante um cenário nacional de precarização do trabalho, de recuo das lutas trabalhistas e de políticas públicas de caráter focalizado, as ACS, seja no Rio de Janeiro ou no Brasil como um todo, têm logrado, ainda que muitas vezes apenas em termos legais, constituir-se como profissionais da saúde. Essas trabalhadoras seguem lutando pela formação técnica integral, pelo vínculo direto com as prefeituras, por aumento de salários, melhores condições de trabalho e verdadeiro reconhecimento social de suas atividades. Talvez esteja aqui, e somente aqui, a especificidade capaz de torná-las trabalhadoras *sui generis*.

4. Referências

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significado: uma balanço preliminar. In: GUIMARÃES, C. (Org.). *Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. & MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cadernos de*

Saúde Pública, 11(2): 281-290, abr.-jun. 1995.

BARBOSA, R. H. S. *et al.* Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface*, 16(42): 751-765, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Números da Saúde da família*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.pap#numeros>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

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

BRITO, J. C. de. Trabalho prescrito. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. L. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a.

BRITO, J. C. de. Trabalho real. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. L. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b.

BRUSCHINI, M. C. & RICOLDI, A. M. Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda, 2009. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2012.

CASTEL, R. *El Ascenso de las Incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

CASTRO, N. A. *Caminhos Cruzados: estratégia de empresas e trajetórias de trabalhadores*. São Paulo: Editora 34, 2004.

CACOUAULT, M. Variações nos ofícios femininos e masculinos. *In*: MARUANI, M. & HIRATA, H. (Orgs.). *As Novas Fronteiras da Desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003.

COMBES, D. & HAICAULT, M. Produção e reprodução, relações sociais de sexo e de classes. *In*: KARTCHEVSKY, A. *et al.* (Orgs.). *O Sexo do Trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

DAGNINO, E. *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DOIMO, A. M. *A Vez e a Voz do Popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Duamará, 1995.

DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V. & CARVALHO, V. O ACS e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V. & LOPES, M. (Orgs.). *Para Além da Comunidade: o trabalho e a qualificação do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

EPSJV/FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. Projeto “Curso de educação profissional de nível técnico para agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. (Mimeo.)

FRIGOTTO, G. Capital humano. In: BRASIL, I. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FRIGOTTO, G. Juventude, trabalho e educação: o presente e o futuro interditados em suspenso. In: TIRIBA, L. & CIAVATTA, M. (Orgs.). *Trabalho e Educação de Jovens e Adultos*. Brasília: Líber Livro, Editora UFF, 2011.

FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica. In: LIMA, J. F. & NEVES, L. W. (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 103-112, 2002.

GOMES, R. C. Concepções e práticas na precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: apontamentos sobre o município do Rio de Janeiro. In: SANTOS, M. A. C. & DANTAS, A. V. (Orgs.). *Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012. v. 7.

GRASMCI, A. *Cadernos do Cárcere: os intelectuais; o princípio educativo; o jornalismo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 2.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. *Revista Latinoamericana de Estudos do Trabalho*, Ano 3, 5: 183-202, 1998.

HIRATA, H. *Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um Olhar Voltado para Empresa e a Sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.

HIRATA, H. Apresentação à edição brasileira. In: MARUANI, M. & HIRATA, H. (Orgs.). *As Novas Fronteiras da Desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003.

HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*, Ano 11, 21: 24-41. jan.-jun. 2009a. Disponível em <www.scielo.br/pdf/soc/n21/03.pdf>. Acesso em: 13 out. 2012

HIRATA, H. Globalização e divisão social do trabalho numa perspectiva comparada. In: GUIMARÃES, A. C.; HIRATA, H. & KERGOAT, D. (Orgs.). *Trabalho Flexível, Empregos Precários? Uma Comparação Brasil, França e Japão*. São Paulo: Edusp, 2009b.

KUENZER, A. Z. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 25, 2002, CAXAMBU. *Anais...* Caxambu. Disponível em: <www.anped.org.br/25/sessoesespeciais/acaciazenidakuenger.doc>. Acesso em: 9 ago. 2012.

LIMA, J. C. I. & MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de out. 2012.

LOPES, R. M.; DURÃO, A. V. & CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V. & LOPES, M. *Para Além da Comunidade: o trabalho e a qualificação do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

MACHADO, L. R. de S. Educação básica, empregabilidade e competência. *Trabalho e Educação*, 3: 31-46, 1998.

MARUANI, M. Introdução. In: MARUANI, M. & HIRATA, H. (Orgs.). *As Novas Fronteiras da Desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003.

MENEZES, C. A. F. *Trabalhadeira, Mulher e Guerreira: o (precário) trabalho das agentes comunitárias de saúde*, 2011. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MONTAÑO, C. *Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2003.

MOROSINI, M. V. *Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

NEVES, L. M. W. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, L. M. W. (Org.). *Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. Rio de Janeiro: Xamã, 2005.

NOGUEIRA R. P.; SILVA, F. B. & RAMOS, Z. V. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 5 de setembro, 2012. (Texto para discussão n. 735)

PONTES, A. L. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a construção da integralidade: histórico e a política nacional de atenção básica. In: EPSJV/Fiocruz (Org.). *Estudos de Politécnica e Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

RICHARD, A. M. Qualificações e representações sociais. In: MARUANI, M. & HIRATA, H. (Orgs.). *As Novas Fronteiras da Desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

RUMERT, S. M. Desafios teóricos e metodológicos da educação de jovens e adultos trabalhadores. In: CANÁRIO, R. & RUMMERT, S. M. (Orgs.). *Mundos do Trabalho e Aprendizagem*. Lisboa: Educa, 2009.

SIMÕES-BARBOSA, R. H. *Mulheres, Reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes hiv+*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

STABILE, C. A. Pós-modernismo, feminismo e Marx: notas do abismo. In: WOOD, E. M. & FOSTER, J. B. (Orgs.). *Em Defesa da História: marxismo e pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

TARTUCE, G. L. P. *Tensões e Intenções na Transição Escola Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre o processo de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo*, 2007. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

TOMÁZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um ‘super-herói’. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10): 84-88 fev. 2002.

WILLIAMS, R. *Palavras-Chave: um vocabulário de cultura e sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2007.

WOOD, E. M. *Democracia contra Capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.

Este livro foi impresso pela Corbã Editora Artes Gráficas Ltda., para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em xxxxx de 2013. Utilizaram-se as fontes Garamond e Humanst521 na composição, papel offset 90g/m² para o miolo e cartão supremo 250 g/m² para a capa.