

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**Recursos Humanos em Saúde:
Avaliação dos Impactos do PROFAE nas Condições de Vida dos Trabalhadores
Atendidos pelo Projeto em Boa Vista-RR**

**Boa Vista
2009**

ANANIAS NORONHA FILHO

**Recursos Humanos em Saúde:
Avaliação dos Impactos do PROFAE nas Condições de Vida dos Trabalhadores
Atendidos pelo Projeto em Boa Vista-RR**

Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. Para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Mestrado Interinstitucional em Políticas Públicas UFMA/UFRR.

Orientadora:
Prof^a Dra. Valéria Ferreira Santos de Almada Lima

**Boa Vista
2009**

**Recursos Humanos em Saúde:
Avaliação dos Impactos do PROFAE nas Condições de Vida dos Trabalhadores
Atendidos pelo Projeto em Boa Vista-RR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal do Maranhão/Universidade Federal de Roraima, Área de concentração Políticas Sociais e Avaliação de Políticas e Programas Sociais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Prof^a Dra. Valéria Ferreira Santos de Almada Lima.

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Valéria Ferreira Santos de Almada Lima
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Lúcia de Sousa
Universidade Federal de Roraima

Profa. Dra. Maria das Graças Santos Dias Magalhães
Universidade Federal de Roraima

Defendida e aprovada pela Banca Examinadora em 16/04/2009

Dedico o presente trabalho a todos profissionais de enfermagem, que buscam fazer da profissão uma bandeira de luta. Luta contra o preconceito, contra a falta de respeito, e a maior de todas as lutas, a luta contra a falta de reconhecimento pelo fazer da enfermagem, uma vez que essa é a profissão que mantém profissionais vinte e quatro horas cuidando do outro.

Dedico também aos profissionais que atuam na educação profissional, em especial os que atuam na formação profissional em saúde, quer sejam professores, quer sejam pesquisadores, quer sejam técnicos administrativos, mas que por algum motivo estão atuando na formação daqueles que deverão cuidar do outro.

Agradeço a Deus a força para poder concluir esse trabalho.

Agradeço a minha família pela paciência, incentivo e por acreditar que sou capaz, em especial a minha mãe Francisca Noronha, que em nenhum momento abandonou-me, sempre orando e pedindo a Deus que me iluminasse na condução da pesquisa;

A Maria Lúcia, companheira, exigente, ansiosa, amiga e amante, sempre preocupada para que eu realmente não desistisse frente às dificuldades do dia a dia;

Aos meus filhos, Stéphanne (Tê) e Lucas, que muitas vezes não entendem, tampouco aceitam minha ausência, e mesmo assim continuam a me amar;

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, antigo CEFET-RR, por acreditar na proposta apresentada e apoiar a realização da pesquisa, em especial à equipe da Gerencia Educacional da Área de Saúde, Professora Leuda, Professor Ronaldo, Professora Janimere, Professora Cátia, Professora Sandra Mara e aos demais colegas que sempre entenderam minhas ausências e exigências durante a pesquisa;

Aos colegas da ETSUS/RR, em especial a Patrícia Ludmila, pelo apoio e disponibilidade durante a elaboração desse trabalho;

Aos colegas do MINTER, de Roraima e do Maranhão, mestrandos e doutorandos, pela coesão, afinidade desenvolvida e, pelo respeito alcançado até aqui;

A Professora Valéria, pelo esforço na orientação que me deu, embora com muitos afazeres, sempre demonstrou confiança no que eu busquei produzir, apontou caminhos que eu pudesse seguir e assim concluir essa pesquisa;

A Professora Ana Lúcia, sempre disposta, pela dedicação na co-orientação prestada para a conclusão da pesquisa;

Ao Professor Reginaldo (UFRR), pelo ato heróico de atender sem distinção, e com muita atenção, a todos nós alunos de Roraima;

Aos demais Professores do MINTER, funcionários do IFRR e da UFMA, que colaboraram nessa caminhada.

Obrigado!

“Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

Marx (1986, p. 17)

RESUMO

O objeto de estudo dessa dissertação é a identificação dos impactos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE) nas condições de vida dos trabalhadores atendidos pelo Projeto no período de 2000 a 2004, na cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima. Utiliza-se a abordagem histórica e o método dialético, contextualizando o objeto no processo mais amplo das relações sociais, em âmbito internacional e nacional, e estabelecendo suas mediações com as condições históricas específicas nas quais ocorreu a sua constituição. A pesquisa explicita a vinculação com questões econômicas, políticas e culturais em que a profissão de enfermagem está inserida no capitalismo contemporâneo. Por meio da articulação entre as esferas do singular e do universal evidencia sua subordinação à reorganização do capital sob novos parâmetros de produção e acumulação, resultantes da resposta do capitalismo mundial à crise geral que se tornou mais evidente a partir da década de 1970. A pesquisa teórica teve como principais fontes primárias documentos oficiais nacionais, levantamento bibliográfico que buscou identificar a relação do Projeto com a reprodução do capital, principalmente no que diz respeito à divisão social do trabalho na área de enfermagem e a mediação da educação profissional em saúde e o fetiche que a profissão apresenta principalmente para os trabalhadores de nível médio. O trabalho questiona a concepção do PROFAE como reparação de uma dívida social para com os trabalhadores de enfermagem. O estudo evidencia a posição marginal atribuída à educação profissional no sistema educacional brasileiro. São identificados os impactos que o projeto proporcionou aos trabalhadores atendidos na cidade de Boa Vista-RR, tais impactos só puderam ser demarcados a partir da aplicação de questionário elaborado mediante a definição de variáveis e indicadores relacionados à vida dos trabalhadores e as condições de trabalho que esses possuem. Concluímos o trabalho apontando que as melhorias individuais alcançadas pelos trabalhadores que participaram da pesquisa, repercutem-se também em melhorias na qualidade da assistência à saúde prestada pelas unidades de saúde na cidade de Boa Vista. Na análise dos dados após a pesquisa junto aos trabalhadores que participaram da pesquisa verifica-se que esses se sentem mais seguros, após a realização curso, para executarem técnicas de enfermagem, além de identificarem o que podem realizar ou não na assistência de enfermagem que prestam onde estão trabalhando. Destaca-se ao final que o PROFAE, enquanto política engendrada sob a égide do receituário neoliberal, não pôde garantir a existência de uma política pública de formação dos trabalhadores de saúde mais sólida e permanente.

Palavras chaves: trabalho, divisão social do trabalho, trabalhadores de enfermagem, educação profissional, política pública.

ABSTRACT

The object in study of this dissertation is the identification impacts of the Project of Nursing Professionalization Workers (PROFAE) in the workers' life conditions assisted by the Project from the period from 2000 to 2004, in Boa Vista city, capital of Roraima State. It was used the historical approach and the dialectic method, contexting the object in the widest process of the social relationships, in national and international extent, and establishing their mediations with the specific historical conditions in which happened its constitution. The research explicit the links with economical politics and cultural questions in which the nursing profession is inserted in the contemporary capitalism. Through the articulation between the spheres of the singular and the universal, it evidences its subordination to the reorganization of the capital under new production parameters and accumulation, results of the answer of the world capitalism in the general crisis that turned more evident in the 70'. The theoretical research had as main primary sources national official documents, bibliographical rising that looked to identify the relationship of the Project with the capital reproduction, mainly in what concerns the social work division in the nursing area and the measuring of the professional education in health and the fetish that the profession presents mainly for the workers of medium level education. The work questions the conception of PROFAE as repairment of a social debt to the nursing workers. The study evidences the marginal position attributed to the professional education in the Brazilian educational system. The impacts are identified in which project provided to the workers assisted in Boa Vista, RR, such impacts could only be demarcated starting from the questionnaire application elaborated by the definition of variables and indicators related to the workers' life and the work conditions possessed. The individual improvements reached by the workers that participated in the research, also echoed in improvements in the quality of the health attendance by the health units of in Boa Vista. Such affirmative feels due to the analysis of the research data once, according to the workers that participated in the research, they feel much reassured, after accomplishing the course, to execute nursing techniques, besides identifying what can accomplish or not in the nursing attendance given to the users that look for the services where they are working. Finally stands out that PROFAE, while engendered politics under the aegis of the neoliberal prescription, does not guarantee the existence of a public politics a more solid and permanent formation for the health workers'.

Key words: work, social work division, nursing workers, professional education, public politics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÓTICA DO CAPITALISMO.....	16
1.1 A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO: ORIGEM E CONCEITOS.....	18
1.2 O TRABALHO NA ENFERMAGEM E A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO NA PROFISSÃO.....	22
1.3 O TRABALHADOR DE ENFERMAGEM E O FETICHE DA PROFISSÃO.....	26
2. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE.....	31
2.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL: ORIGENS E FORMA ATUAL DE EXISTÊNCIA.....	32
2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE: TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NO BRASIL.....	39
3. O PROFPAE ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA.....	48
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM – PROFPAE.....	51
3.2 PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM – PROFPAE: POLÍTICA PÚBLICA DE INTERESSE DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO.....	56
4. O PROFPAE NA CIDADE DE BOA VISTA – RORAIMA: AVANÇOS OU RETROCESSOS?.....	60
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA CIDADE DE BOA VISTA.....	62
4.2 O PROFPAE EM BOA VISTA: IMPACTO NAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	89

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se constitui em uma dissertação de mestrado que tem como objeto o impacto da qualificação profissional nas condições de vida dos trabalhadores de enfermagem, tomando como referência empírica a experiência no desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE) na cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, no período de 2000 a 2004.

O PROFAE surgiu a partir de uma iniciativa do Ministério da Saúde, executado pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS), e desenvolvido em todo o território nacional a princípio no período de 2000 a 2003. O total de recursos foi da ordem US\$ 370 milhões, sendo US\$ 185 milhões oriundos de um acordo empréstimo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), US\$ 130 milhões financiados com recursos do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e US\$ 55 milhões de contrapartida do Tesouro Nacional. O Projeto foi estruturado em dois componentes, que expressam duas linhas de atuação: redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado para atuar no setor, e reforço do quadro normativo e de regulação na área da saúde, com a criação de condições técnico-financeiras para a continuidade dos processos de formação técnica em saúde, em especial de pessoal auxiliar de enfermagem; propunha-se a elevar a escolaridade dos trabalhadores de enfermagem e aperfeiçoá-los, regularizando a situação profissional por meio de cursos de complementação do ensino fundamental e qualificação técnica, observadas as novas diretrizes curriculares para educação profissional.

A formulação do Projeto, ao mesmo tempo, buscou criar condições de continuidade e sustentabilidade para os programas de formação de nível médio para a saúde, para impedir que um novo contingente de trabalhadores em situação irregular venha a surgir no futuro. Esse segundo objetivo foi perseguido através do fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS), com a promoção do desenvolvimento institucional da área de formação de nível médio para a saúde e impedindo que novas distorções pudessem acontecer no futuro.

O PROFAE, além de propor qualificação profissional para os trabalhadores de enfermagem, estabeleceu outras linhas de ação, assim descritas: Formação Pedagógica para Docentes de Educação Profissional de Nível Técnico na Área de Enfermagem; Sistema de

Certificação de Competências; Modernização das ETSUS e o Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem, todas essas linhas estavam incluídas na proposta financeira acima descrita.

Vale ressaltar que, historicamente, o Estado brasileiro vem atuando na educação de forma dual. Mesmo na área de saúde pode-se dizer que a 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. (CAMPELO; BARRETO, 2006)

Como forma de tentar-se o fortalecimento de tal situação vê-se que em meados dos anos 1990 o setor educação buscou uma ampla e discutível reforma no ensino médio e profissional. A inspiração de tal reforma teve como pano de fundo as recomendações do Banco Mundial; na busca de redução de custos, propondo a construção de um modelo de educação que desvinculasse a formação acadêmica do técnico-profissionalizante. A idéia de redes distintas, educação básica e educação profissional, recompõe a dualidade do sistema educacional brasileiro, característica essa presente desde o período da colonização.

Denota-se que a principal distinção entre as propostas neoliberais de formação profissional e o PROFAE é o fato de que as propostas neoliberais de formação profissional, no âmbito da reestruturação do capital, ofertam na maioria das vezes, cursos rápidos, sem regulamentação do sistema de ensino; ficam as oportunidades mais onerosas destinadas àqueles que possuísem condições de pagar por essa formação. No caso do PROFAE a formação era prolongada e destinada aos trabalhadores da área de enfermagem que estavam atuando há muito tempo sem qualificação específica. Ressalta-se que a formação mínima prevista para o Auxiliar de Enfermagem era de 1100 horas de curso.

A escolha desse objeto de estudo justifica-se pela inserção do pesquisador, há quase duas décadas, na educação profissional e na assistência à saúde. Nessas áreas vem acompanhando a evolução da profissão de enfermagem, contribuindo na formação de trabalhadores de enfermagem em nível médio, sem, contudo, poder, anteriormente, ter lançado um olhar sobre os

impactos dessa atuação na vida desses trabalhadores; ou sequer ter-se registrado a avaliação que esses fazem da formação obtida, bem como da atuação deles na profissão.

O trabalho constitui-se assim, na busca do entendimento da experiência acumulada nesse tempo de atuação, na área de educação e na área de saúde. Particularmente chamou à atenção que grande parte das pesquisas realizadas sobre o PROFAE centra-se na busca dos impactos na melhoria dos serviços de saúde, com poucas produções específicas sobre o impacto que esse proporcionou na vida dos trabalhadores atendidos pela proposta.

As principais categorias de análise que iluminaram o presente trabalho foram: trabalho, divisão social do trabalho, trabalhadores de enfermagem, qualificação profissional, recursos humanos em saúde, política pública de educação profissional em saúde.

Como se trata de uma pesquisa de avaliação assume-se que o ato de avaliar não é neutro nem exterior às relações de poder, compreendendo um ato técnico, mas também político. Considera-se, desta forma, avaliação de impacto como aquela que procura identificar mudanças qualitativas e quantitativas decorrentes das ações sobre as condições de vida de uma população, *“mudanças significativas ou permanentes nas vidas das pessoas, ocasionadas por determinada ação ou série de ações”* (ROCHE, 2002, p. 36.)

Desta forma a avaliação foi desenvolvida assumindo como critério a efetividade das ações empreendidas pelo PROFAE, na medida em que buscou apreender as melhorias nas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores de enfermagem atendidos pela proposta.

Para realização da pesquisa foram selecionados procedimentos que propiciaram a reconstrução histórica, o aprofundamento das categorias teóricas aqui elencadas e a apreensão do objeto de estudo. Para isso utilizou-se estudo de dados secundários, pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e aplicação de questionários com questões estruturadas e semi-estruturadas.

A revisão bibliográfica possibilitou o entendimento do sistema de educação brasileiro, as formas de apresentação da educação profissional e da educação profissional em saúde, o sentido histórico da divisão do trabalho, divisão técnica do trabalho e a divisão do trabalho na área de enfermagem.

A pesquisa documental possibilitou suporte para análise do PROFAE, suas origens e objetivos, além das metas já alcançadas; para tanto utilizamos a análise de relatórios publicados pelo Ministério da Saúde e por outras unidades da federação, além de relatórios do BID.

A análise de dados secundários possibilitou o acesso a informações relacionadas aos trabalhadores atendidos pela proposta, tanto em Roraima quanto em outras unidades da federação.

No tocante à identificação dos impactos do PROF AE na vida dos trabalhadores de enfermagem beneficiados pelo projeto, a partir das variáveis e indicadores definidos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e aplicados questionários junto à amostra dos egressos do Projeto.

O corte temporal da pesquisa foi o período de 2000 a 2004. Tal período é justificado tendo em vista a implementação do Projeto na cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, o qual foi executado pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima (CEFET-RR). Ao executar o Projeto, o CEFET-RR atendeu não apenas os trabalhadores de enfermagem da cidade de Boa Vista, mas também de dez outras cidades do Estado de Roraima de forma descentralizada em três municípios, perfazendo um total de 317 trabalhadores atendidos pelo Projeto. Desse total apenas 238 concluíram o curso, somente 143 eram residentes do município de Boa Vista, representando assim a população inicial para definição da amostra da pesquisa.

A amostragem permite, entre outras características, a obtenção de dados populacionais desconhecidos, utilizando-se, tão somente, parte (amostra) do universo de interesse (população). Trata-se de um procedimento apoiado em conhecimentos estatísticos e de comprovada eficiência, além de proporcionar significativas reduções de custo e tempo na realização das pesquisas.

Na amostra, que foi do tipo aleatória simples, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhadores de enfermagem qualificados através do PROF AE na cidade de Boa Vista, desenvolvido pelo CEFET-RR, matriculados e que frequentaram regularmente o curso no período de 2000 a 2004. Esses trabalhadores, a época do curso, deveriam ser moradores de Boa Vista, bem como, à época da presente pesquisa permanecessem residindo nesse município.

Como critérios de exclusão definiu-se que seriam excluídos da amostra: os atendidos pelo projeto, que à época da oferta do curso não fossem trabalhadores de enfermagem ou sequer trabalhadores da área de saúde, tal critério se justifica pela apreensão do objeto que pretendemos, qual seja: o impacto do PROF AE nas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores de enfermagem atendidos pela proposta.

Como população inicial para pesquisa foram listados os 143 concluintes do curso residentes na cidade de Boa Vista. Após análise dos documentos de matrícula desses alunos, realizada junto à Coordenação de Registros Escolares do Centro Federal de Educação

Tecnológica de Roraima (CORES/CEFET-RR); verificou-se que apenas 98 preenchem o critério de inclusão ser trabalhador de enfermagem à época do curso. Desses, apenas 89 preencheram o critério anterior citado, bem como, o critério de ser residente em Boa Vista a época do curso e permanecer residindo nesse município, quando da realização da presente pesquisa. Desta forma a população identificada para a pesquisa foi de 89 indivíduos.

A amostra utilizada foi de 20 trabalhadores, selecionados através de um sorteio a partir de uma listagem nominal. A amostra utilizada torna-se representativa, considerando que é uma parte representativa da população em estudo. No processo estatístico essa representatividade significa apresentar as mesmas características da população que lhe deu origem; isso constitui fator determinante da qualidade das pesquisas. Os elementos que compõem essas amostras correspondem às unidades de observação e análises, e atendem às finalidades da pesquisa.¹

Duas premissas servem de base de apoio ao uso da amostragem. Uma estriba-se na existência de características comuns entre os elementos da população, fazendo com que um número relativamente pequeno desses elementos represente muito bem as características de toda a população. A outra está ligada à questão de que os desvios para mais e para menos entre os valores das variáveis da população (parâmetros) e os da amostra (estatísticas) são sensivelmente reduzidos na medida em que algumas medições ficam a maior e outras a menor relativamente ao parâmetro. Sendo a amostra de tamanho adequado e livre de viés, os desvios nessas medidas tendem a anularem-se mutuamente, resultando em valores na amostra que são, geralmente, próximas da média da população. Desta forma, tendo em vista a utilização da amostra aleatória simples, todos os indivíduos possuíam as mesmas características que a pesquisa buscou, validando a amostra utilizada.

Destacam-se aqui as variáveis e indicadores eleitos para a apreensão do objeto, os quais foram definidos com a participação dos colegas de turma do Mestrado Interinstitucional, sob orientação da professora Dra. Valéria Almada, o que deu mais confiança para realização da pesquisa. As variáveis e indicadores que orientaram a apreensão do objeto estão dispostos no Anexo D deste trabalho.

Na busca da reconstrução do objeto de estudo buscou-se suporte no referencial marxista de utilizando algumas de suas categorias teóricas fundamentais, bem como de seu método,

¹ Mais informações sobre o tema disponível em <http://www.tecnodadosweb.com.br/?conteudo=not>. Acesso em 14 de maio de 2008

segundo o qual a pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, realizar análise das suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima. Depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real. Caso se consiga isso, e espelhada idealmente agora a vida da matéria, talvez possa parecer que se esteja tratando de uma construção a priori. (Marx, 1986)

Buscou-se entender o método dialético na medida em que *“todos os fenômenos econômicos ou sociais, todas as chamadas leis da economia e da sociedade são produto da ação humana, e, portanto podem ser transformados por essa ação”* (Löwi, 1992, p. 15), na intenção de compreender os impactos do PROFAE junto aos trabalhadores de enfermagem beneficiados no Estado de Roraima. Convém ressaltar que *“não existem princípios eternos, nem verdades absolutas, todas as teorias, doutrinas e interpretações de realidade tem que ser vistas na sua limitação histórica”* (idem).

Reforçando o acima exposto por Löwi, a realização da pesquisa foi encarada como um verdadeiro desafio, com muitos percalços, tendo em vista as ações empreendidas para a formação de recursos humanos em saúde e que precisam ser transformadas.

Um desafio eleito como o mais difícil foi se despir da forma de ser profissional de saúde e docente e assumir uma postura de pesquisador para assim apreender o objeto da pesquisa sem ter que estar justificando falhas cometidas ou objetivos não alcançados nessa trajetória de vida na assistência e na docência.

O desafio acima exposto materializa-se mais fortemente quando se assume a imaturidade, traduzida na falta de experiência no campo da pesquisa. Esta que se expõe quando não se possui uma visão ampliada do que seja realmente contribuir pra a formação de recursos humanos para saúde, e/ou na execução das políticas de educação profissional sem a necessária realização de uma análise crítica que possa dar resposta e meios para, grosso modo, não ocorrer alienação acerca dos processos de reprodução do sistema capitalista em que se esteja envolvido.

Além dos desafios já mencionados, o da inexistência de pesquisa científica histórica sobre a formação dos trabalhadores de enfermagem no Estado de Roraima é uma realidade, por isso acredita-se que esse projeto seja o início de um longo caminhar na construção dessa caracterização do que seja formar o trabalhador de enfermagem num dos estados mais jovens do Brasil.

Isto posto, a sistematização e exposição dos resultados da pesquisa presentes neste trabalho, estão assim organizados; além desta introdução, no capítulo 1 é feita uma abordagem sobre o trabalho da enfermagem na ótica o capitalismo, no que fez-se a contextualização das transformações econômicas e sociais definidas pelo capitalismo, com as definições de divisão social do trabalho e o trabalho da enfermagem e a divisão social do trabalho na profissão, concluindo o capítulo com uma abordagem sobre o fetiche da profissão sobre o trabalhador de enfermagem.

No capítulo 2 focou-se a educação profissional no Brasil e formação profissional na área de saúde, em que se faz uma abordagem histórica e crítica sobre esse sistema de educação do Brasil.

No capítulo 3 passou-se à análise propriamente do PROF AE, enquanto uma política pública implementada pelo governo brasileiro sob a égide do capitalismo contemporâneo, caracterizando-o por sua origem e metas propostas a serem atingidas.

O capítulo 4 traz uma abordagem específica sobre o desenvolvimento do Projeto na cidade de Boa Vista, em que se fez análise dos dados coletados junto aos entrevistados da pesquisa e a identificação dos impactos do PROF AE na vida desses trabalhadores.

Nas considerações finais buscou-se realizar a síntese dos achados e saberes que a pesquisa proporcionou, além de uma abordagem sobre as reais contribuições do PROF AE enquanto uma política pública de resgate da dignidade dos trabalhadores de enfermagem na cidade de Boa Vista.

1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÓTICA DO CAPITALISMO

Nas décadas finais do século XX, a economia mundial vivenciou profundas mudanças; o padrão fordista de acumulação, datado do último pós-guerra e sustentado até o início dos anos setenta apresentou-se incapaz de garantir o aumento da produtividade do trabalho e, conseqüentemente, contribuiu para o declínio da taxa de lucro do sistema e para a não sustentação da regulamentação social tipicamente fordista. O modelo fordista de produção pode ser caracterizado, grosso modo, pela maior rigidez da forma de organização do processo de trabalho, das relações de trabalho e dos mercados.

A nova configuração da economia mundial proporciona uma nova base de acumulação denominada por Harvey (1994) de acumulação flexível. Tal fato explica-se em virtude do contrato estabelecido entre capital, trabalho e Estado dando origem ao *Estado de Bem-Estar Social*, ter se tornado insustentável em decorrência da crise econômica crescente.

A acumulação flexível apóia-se amplamente no desenvolvimento tecnológico, particularmente nas tecnologias de informação e comunicação, que possibilitam a flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo. Além disso surgem setores de produção inteiramente novos, assim como novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados e inovações tecnológicas e comerciais até pouco tempo atrás não imaginadas pela sociedade.

Os novos processos de trabalho que surgem a partir da crise do paradigma de acumulação fordista têm suas bases na flexibilização da produção, que induz o surgimento de um mercado consumidor, aparentemente, seletivo e restrito, mesmo que ampliado à escala mundial, resultando daí uma necessária reorganização do trabalho na produção, intensificando a especialização flexível, em que a especialização requerida, para atender os padrões de qualidade e produtividade desejados.

Na realidade, esse trabalhador executa várias tarefas simples. Essa polivalência leva os trabalhadores a se "desespecializarem" – no sentido taylorista do termo "especialização", expresso no trabalho fragmentado de um posto simplificado –, tornando-se trabalhadores multifuncionais que trabalham em equipe, operando um sistema de máquinas automatizado, o que significa uma intensificação da exploração do trabalho por esse sistema, que tem sua origem no modelo toyotista de produção.

Para Antunes (1995), ao fazer referencia a Gounet (1991), o toyotismo, surgido no Japão, como um modelo à crise do Fordismo dos anos 1970, ao invés do trabalho desqualificado, o operário torna-se polivalente integrando-se em uma equipe e não em uma linha individualizada. Passa a fabricar um elemento que satisfaz a equipe que está na sua linha de produção e não mais veículos em massa para quem ele não conhece.

Nunes (2000), ao citar Yves Clot (1995), relata a experiência francesa de enfrentamento, por parte dos trabalhadores e empresas, à crise do taylorismo no setor automobilístico. Os projetos dos carros e a forma como serão executados tentam romper com a divisão entre trabalho manual e intelectual. É a chamada "engenharia simultânea", que procura aproximar-se da ergonomia e da psicologia do trabalho quando essas disciplinas afirmam não existir trabalho onde não for exigido um esforço mental e cognitivo de quem o realiza.

Depara-se na atualidade com um contexto muito complexo e heterogêneo, no qual estão presentes formas tecnológicas e organizacionais muito diferentes. As alterações no plano da regulação econômico-social e da produção em curso no mundo, com a emergência de novas formas de produção fazem emergir o fetiche da requalificação dos trabalhadores, combinada com a redução do operariado industrial e fabril, em decorrência principalmente da automação de base microeletrônica. Todas essas situações contribuem marcadamente para o aumento do subproletariado, do trabalho precário e do assalariamento no setor de serviços.

É a chamada subproletarização do trabalho que leva à expansão do número de trabalhadores parciais, precários, temporários, subcontratados, terceirizados, etc. (Antunes 1995).

Hirata (1997), a respeito da difusão das inovações organizacionais e tecnológicas no Brasil, registra que essas inovações nos anos oitenta e noventa ocorreram de forma desigual, afetando principalmente as grandes empresas do setor dinâmico e, dentro delas, o contingente de trabalhadores qualificados do sexo masculino. As mulheres continuam trabalhando e sendo controladas segundo as velhas normas de organização do trabalho, com cadências e ritmos impostos por linhas de montagem, máquina e/ou normas disciplinares. A adoção, por um certo número de empresas, de inovações organizacionais não põe fim a tais formas de uso e controle da força de trabalho feminina. As formas de trabalho dominantes trazem em sua memória as formas anteriores e que continuam a operar; elas existem, persistem e se complementam na exploração da força de trabalho.

A autora aponta, ainda, a difusão de um novo conceito de produção, levando a uma nova maneira de pensar a divisão do trabalho e a uma renovação na forma de pensar o sujeito trabalhador dotado de inteligência e capacidade de agir diante da variabilidade da produção (Hirata, 1997; Clot, 1995). Chama atenção sobre o modelo de mão-de-obra muito qualificado e polivalente que não ocorre de forma homogênea nem mesmo nos países onde a indústria é mais avançada.

As implicações dessas transformações para os países em desenvolvimento, como na América Latina, ainda são desconhecidas ou limitadas. Esses países, na expectativa de obterem maior integração com o mercado mundial e sob pressão dos países ditos mais avançados e de organismos internacionais, em especial o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, abriram suas fronteiras comerciais, privatizaram suas empresas estatais e promoveram a chamada desregulamentação das atividades políticas e econômico-financeiras, favorecendo o acesso de empresas multinacionais a seus mercados internos. A expectativa de que a entrada maciça de capital estrangeiro pudesse acelerar a difusão das novas tecnologias, juntamente com a integração destes países a um mercado global, não foi favorecida, mas contribuiu para o fortalecimento da crise social que esses vivenciam.

Todas essas transformações acabam por fortalecer preponderantemente a divisão do trabalho e sua divisão social; mister salientar que há necessidade de se entender o processo histórico dessa divisão do trabalho, para assim compreender o processo de acumulação do capital, bem como as formas que ele assume para se manter sempre atual e na manutenção da exploração do ser humano.

1.1 A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO: ORIGEM E CONCEITOS

A origem da divisão social do trabalho se dá ainda na tribo e, conseqüentemente, na família surge a divisão natural do trabalho tendo por base as diferenças entre sexo e idade, permeadas exclusivamente pelas características fisiológicas. Para Engels (1975, p. 70) a primeira divisão do trabalho é a que se fez entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos. Nessa organização, ao homem cabia trazer os alimentos e os instrumentos de trabalho necessários, e à mulher realizar as tarefas domésticas, além de produzir os utensílios necessários para tais tarefas.

Conforme Melo (1986, p. 22), essa divisão do trabalho é absolutamente espontânea e subsiste na fase inferior da barbárie, em que as tarefas do homem e da mulher eram distintas.

Para Engels (1985, p. 178), a primeira grande divisão social do trabalho deu-se quando algumas tribos passaram a exercer como ocupação principal a domesticação e criação de animais, passando assim a se destacar em relação às demais; com a produção de lã, pele e couro, realizavam trocas esporádicas dentro da própria tribo, passando posteriormente a serem realizadas entre indivíduos, quando os rebanhos passaram a condição de propriedade privada.

A próxima etapa da divisão social do trabalho acontece na fase superior da barbárie com a separação dos ofícios manuais (artesanato) e da agricultura; esta originada da especialização da produção, da arte de tecer, dos trabalhos com metais, produção de vinho, azeite, frutas, legumes e cereais. O uso do ferro tornou possível uma agricultura de grande escala. Ferramentas como o arado e o machado de ferro passaram a ser excelentes instrumentos de trabalho para os artesãos (MELO, op cit. p. 22).

Nessa fase, surgem como elementos básicos do sistema social e do desenvolvimento econômico, os escravos; surge também a produção mercantil, destinada à troca e conseqüentemente o comércio que, não possuindo atividade central, mas residual, estabelece através da divisão social do trabalho a separação da sociedade em classes, e diferenciando ricos e pobres e homens livres e escravos.

A conquista das riquezas trouxe a divisão entre os membros da tribo, modificando as relações econômicas estabelecidas; essas transformações atingem a família, o casamento passa a ser monogâmico, grosso modo determinando a opressão de um sexo sobre o outro; a terra passou a ser apropriada de forma privada entre as famílias particulares. Nessa perspectiva, o trabalho passa a ser uma atividade desonrosa, atividade específica para escravos, passando o trabalho manual a ser visto como atividade inferior.

Sobre o tema, Engels (1985) indica que a diferença de riqueza entre os diversos chefes de família destruiu as antigas comunidades domésticas comunista em toda parte onde estas ainda subsistiam. Continua sua análise apontando que acabou o trabalho comum da terra por conta daquelas comunidades. A terra cultivada foi distribuída entre as famílias particulares, a princípio por tempo limitado, depois para sempre; a transição à propriedade privada foi-se realizando aos poucos, paralelamente à passagem do matrimônio sindiásmico à monogamia. A família individual principiou a transformar-se na unidade econômica da sociedade.

O início da civilização apresenta a terceira fase da divisão do social trabalho, caracterizada pelo aparecimento dos comerciantes, “que sem tomar absolutamente parte na produção, conquistam a direção geral da mesma e avassalam economicamente os produtores; uma classe que se transforma no intermediário indispensável entre dois produtores, e os explora a ambos” (Engels, 1985, apud Melo, op cit. p.24).

O modo de produção capitalista consolida e fortalece todas as divisões de trabalho já existentes, provocando, assim, uma revolução em toda sociedade anterior; revolução essa que começa com a queda do regime gentílico², causado pela divisão do trabalho o qual, dividindo a sociedade em classes diferentes deu origem ao Estado (MELO, op cit).

Para Engels (1985), o Estado não é um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é a realidade da idéia moral, nem a imagem e a realidade da razão como afirma Hegel. Esse Estado é antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade enredou-se numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis dos quais não consegue conjurar-se. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes, não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da ordem. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela, distanciando-se cada vez mais, é o Estado.

Pode-se afirmar que a divisão social do trabalho consolida-se na organização do modo de produção capitalista, em que as mediações de primeira ordem, que realizam o intercâmbio do homem com a natureza, subordinam-se às mediações de segunda ordem, imprescindíveis para a reprodução do capital, promovendo, assim, a separação e alienação do trabalhador dos meios de produção, isolando esse trabalhador de seus produtos e das condições de seu trabalho, perdendo o controle sobre o processo de trabalho (ANTUNES, 1999).

A divisão do trabalho é levada ao mais alto grau sobre o jugo do capitalismo; nesse modo de produção as vocações individuais são negadas, na prática, pela divisão do trabalho, o seu crescimento, bem como a organização centralizada do trabalho, não tem como função social a eficácia técnica, mas a acumulação do capital.(MELO, op cit.)

² Organização da sociedade em gens, onde as famílias são identificadas por laços de consanguinidade ou religiosos, que cultuavam os mesmos antepassados. (http://www.aprendaki.com.br/pe_vis.asp?codigo=43. Acesso em 13/11/2008)

A divisão social do trabalho, e em especial a divisão do trabalho estabelecida sob o modo de produção capitalista foi objeto de estudo de vários autores. Braverman (1977) vê a divisão do trabalho como característica de todas as sociedades e não somente da sociedade capitalista; Marx (1986) denomina a divisão do trabalho como divisão social do trabalho, derivando-se do trabalho humano e do seu caráter, tão logo ele se transforme em trabalho social, ou seja, trabalho executado na sociedade e através dela.

Dentre os diversos autores, pode ser destacado Adam Smith, como o primeiro a estudar o tema. No entendimento desse autor, a divisão do trabalho é a consequência necessária do comércio e este, por sua vez, seria uma consequência natural e necessária ao homem. Compreendia ainda a divisão do trabalho como especialização, determinada pelo tamanho do mercado e que, pela economia de tempo e eficiência geral proporcionada, aumentava a produtividade do trabalho.

A divisão do trabalho não deve sua origem à sabedoria humana. É a consequência necessária, lenta e gradual na propensão para a troca e para o tráfico recíproco de produtos.(...) É comum a todos os homens e não se dá em nenhum animal. (...) é através da troca, do comércio, do tráfico, que recebemos a maior parte dos bons serviços que reciprocamente necessitamos, é esta propensão para o tráfico que deu origem à divisão do trabalho. (SMITH, 1978, p. 20, apud Melo, op. cit, p. 32).

Durkheim (1977) afirma que a divisão do trabalho é ao mesmo tempo uma lei da natureza e talvez uma regra moral da conduta humana, colocando-a como uma das bases fundamentais da ordem social. Segue afirmando que a divisão do trabalho aumenta a força produtiva e a destreza do trabalhador, contribuindo para o desenvolvimento intelectual e material das sociedades. No entanto, esse autor não esclarece a quem e a que tipo de sociedade ele beneficia pelo aumento da produtividade.

Marx (1986) enfatiza que a divisão social do trabalho é condição para que exista a produção de mercadorias, embora o inverso não seja verdadeiro para a existência da divisão social do trabalho. A divisão social do trabalho transforma o trabalho em algo tão específico que se torna necessário que o produto do trabalho de um determinado trabalhador não tenha para ele nenhuma utilidade, transformando-o em potencial consumidor de coisas que possivelmente já não pode produzir.

O trabalhador incorpora trabalho humano ao transformar a matéria, objeto do seu trabalho, e valor além do necessário para sua reprodução social. O produto do seu trabalho será, portanto, alienado porque não pertencerá ao trabalhador, mas sim ao capitalista, que prolongará o

tempo de trabalho para produzir valor além do necessário, a fim de extrair a mais valia por meio do trabalho produtivo (MARX, 1985)

Diante dos enfoques dados pelos diversos autores sobre a divisão do trabalho e na visão marxiana, para a divisão social do trabalho, entende-se que, para a sociedade burguesa, é preferível que tal fenômeno seja compreendido como algo universal e inevitável. Para o modo de produção capitalista importa o trabalho produtivo que, além de gerar mais-valia, transforma o objeto em produto material e predomina no setor secundário da economia. No entanto, o trabalho não produtivo é consumido como valor de uso e não como gerador de valor de troca, característica do setor público terciário que vende um produto imaterial, um serviço, ou seja, ele vende o valor de uso de um determinado trabalho que é útil não como algo concreto, mas como atividade humana (ANTUNES, 1999 e RUBIN, 1987. *op cit ibidem*)

A profissão de enfermagem no Brasil apresenta níveis hierárquicos cujas funções são regulamentadas por legislação específica, possuindo desta forma uma divisão do trabalho velada, a qual historicamente vem se mantendo na sociedade, contribuindo sobremaneira para reprodução do sistema capitalista nesse setor da economia.

1.2 O TRABALHO NA ENFERMAGEM E A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO NA PROFISSÃO

Os registros sobre o cuidar das pessoas datam de épocas remotas e são sempre focados no fazer desenvolvido pela mulher e por escravos. Desta forma, na sua origem, esta atividade apresenta-se pouco valorizada socialmente, tendo em vista o papel designado à mulher pela sociedade de classe, “(...) não é por natureza que as mulheres realizam tarefas domésticas”³, as tipologias sexuais hoje existentes são também um produto da divisão do trabalho (Melo, *op cit.*). Para análise da divisão do trabalho na enfermagem se fará uma abordagem a partir da introdução da enfermagem nos hospitais.

No século XIII ocorre o advento das ordens seculares, momento historicamente determinado, em que as ordens religiosas, com um trabalho revestido da filosofia de amor ao próximo, introduzem a enfermagem no ambiente hospitalar, cujo fazer “*consistia em alimentar o*

³ Lorguía, I & Doumolin, J. A questão da mulher. Mimeografado. CEAS. sd.

faminto, dar água ao sedento, vestir o despido, visitar o prisioneiro, abrigar o desempregado, cuidar do doente e sepultar o morto.” (Almeida et al, s.d. apud Melo, idem). Nesse mesmo período, com o desenvolvimento das cidades há a transformação do caráter das atividades médicas em prática técnico-profissional, profissionalização essa até então combatida pela Igreja; na prática, a medicina constitui-se como profissão, porém, a enfermagem não acompanha essa evolução.

No século XVI ocorre a Reforma Protestante, movimento que cria as Igrejas nacionais em contraposição à Igreja Católica, tida como única. Tal período é denominado de período negro da enfermagem, pois com a reforma protestante muitos hospitais foram fechados na Europa em decorrência da expulsão dos religiosos ligados à Igreja Católica; a partir daí passa-se a recrutar pessoal leigo, remunerados com baixos salários para desenvolverem diversas atividades, dentre elas as funções de enfermagem que passaram a ser executadas por mulheres marginalizadas (Paixão, 1979).

A utilização das mulheres para esses serviços reflete a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, deveria ser relegado à categoria considerada inferior. Nos hospitais, as atividades desenvolvidas eram muito mais uma caracterização do trabalho doméstico, designado para o sexo feminino como consequência da divisão do trabalho entre os diferentes sexos, que reflete as bases da relação de dominação do sexo masculino sobre o feminino e no papel subordinado da mulher, como mãe e doméstica. (Melo, 1986).

Afora todas essas transformações, permaneceu a organização hospitalar originada das congregações religiosas como referência para o fazer da enfermagem; desta forma, surge o elemento feminino que dirigia o serviço de enfermagem, denominada de *matron*, e o outro elemento feminino encarregado das enfermarias denominado de *sister*. Este momento identifica, assumindo aqui uma abordagem baseada em Marx, o início da divisão social do trabalho na enfermagem, reproduzindo a hierarquia religiosa, por sua vez inspirada na hierarquia militar, dentro da instituição hospitalar.

Destaca-se aqui a existência, no caráter da organização dos serviços de enfermagem mesmo no âmbito das instituições religiosas, de duas categorias de serviços: o coordenador e o executor do cuidado; não se perde de vista que a divisão social do trabalho está presente nas diversas formas econômicas da sociedade, refletindo na prática da enfermagem a divisão entre

trabalho manual e intelectual, a qual não pode ser compreendida sem considerar suas relações políticas e ideológicas ao mesmo tempo.

Melo (op cit) aponta que esse panorama na enfermagem permanece até a revolução industrial e o consequente fortalecimento do capitalismo como modo de produção, quando se deu o surgimento do movimento de reformas visando à elevação moral e profissional do pessoal dos hospitais e dos serviços oferecidos à população. O resultado alcançado para a área de saúde é a institucionalização dos serviços, o surgimento de normas individuais de comportamento visando à proteção da saúde da população. O desenvolvimento das ciências médicas, tais como a bacteriologia e a antissepsia, a reorganização dos hospitais que assumem novos objetivos e passam a ser dirigidos por médicos, e a incorporação de enfermeiros como força de trabalho no ambiente hospitalar, possibilitaram as bases para o novo caráter da intervenção do Estado na área de saúde.

Na Europa do século XVII surge a primeira grande organização hospitalar, que se dá nos hospitais marítimos e militares. Observa-se aí uma quase anulação dos efeitos nocivos do hospital sobre as pessoas internadas; esse novo hospital surge em consequência de um novo processo de disciplina, a qual difere de outras formas de dominação, como a vassalagem, a escravidão e o ascetismo monástico. De lugar onde a morte era esperada, surge uma nova concepção dos hospitais, cujos objetivos eram médicos e, com os novos saberes, passa a existir a diferenciação entre esses médicos e as religiosas e os leigos que estavam nos hospitais. (Melo, op cit).

Gonçalves (1974) aponta que os inúmeros trabalhos auxiliares que se incorporaram à produção dos serviços médicos correspondiam, de um lado, à ampliação do campo da medicina, mas de outro, ao processo contínuo de divisão das funções do trabalho, que não pode ser tomado apenas como contrapartida técnica daquela ampliação, mas exprime o seu significado mais profundo na reprodução da divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Todo o trabalho direto de assistência ao doente comportava inúmeras funções manuais e foram essas as primeiras a se separarem de forma subordinada do trabalho médico, constituindo a enfermagem.

A adequação da prática de enfermagem, enquanto profissão, ocorre na medida em que ela se separa dos leigos e religiosos e adquire certo status técnico. Também se separa da prática médica, assumindo funções técnicas manuais que até então eram referentes ao fazer médico; essa nova enfermagem profissional subdivide-se, reproduzindo as novas classes sociais dos novos

agentes da profissão: “*as enfermeiras que ensinam, coordenam e supervisionam, e as enfermeiras executoras de cuidados, oriundas de classes sociais diferenciadas*”. (Melo, op cit).

O berço da enfermagem institucionalizada é a Inglaterra, país que teve o modo de produção capitalista alavancado a partir da Revolução Industrial. As invenções, o aumento da divisão do trabalho e da produtividade junto ao crescimento demográfico deram origem à expansão do mercado. Todas essas características levaram à existência de um maior interesse pela saúde pública como forma de evitar a escassez de mão-de-obra para a indústria. (Donnangelo, 1976, apud Melo, op cit).

Todo esse progresso econômico trouxe poucos benefícios à população trabalhadora da Inglaterra e as medidas adotadas pelo governo não surtiram efeitos; a mortalidade por doenças como a tuberculose, a escarlatina e o tifo eram tidos como os maiores flagelos e os principais atingidos eram as crianças. A duração média de vida, em 1840 para as classes superiores, era de 35 anos; para os homens de negócios e artesãos abastados, 22 anos; e para os operários, jornaleiros e domésticas em geral de apenas 15 anos (Engels, 1975).

Wagner (1980, p.3, apud Melo, op cit) relata que no final do século XIX, ficou claro que sem a prática da antissepsia, nutrição adequada, monitoramento pré e pós-operatório e cuidados com a reabilitação, nenhum diagnóstico ou procedimento cirúrgico teria salvado vidas. A enfermagem deu origem aos cuidados atuais para pacientes, enquanto os médicos limitavam-se às curtas visitas.

Pode-se afirmar que a enfermagem moderna surge como uma divisão do trabalho médico. As tarefas manuais passam a ser realizadas pela enfermagem, que são subsidiadas por um aparato técnico trazido a partir do final do século XIX, estendendo-se por todo o século XX e fazendo-se presente na contemporaneidade. Processa-se, assim, a transformação do poder no interior do hospital, passando o profissional médico a ser o detentor do saber e os demais a cumprir as ordens desses.

Afirma-se, assim, que a divisão do trabalho na enfermagem acompanha o impulso tecnológico do século XX, determinado, sobretudo pelo avanço na produção dos serviços de saúde que, sob as determinações do capital, amplia a divisão social do trabalho. São criadas novas categorias encarregadas pelo cuidado direto ao doente, e o enfermeiro, que possui formação universitária, apropria-se das funções de supervisão e controle, tornando-se o trabalhador intelectual da enfermagem, sobrepondo-se às demais categorias com formação apenas

técnica e elementar, quais sejam, os técnicos em enfermagem, os auxiliares de enfermagem e os atendentes de enfermagem⁴.

A organização da enfermagem em níveis hierárquicos determinados, principalmente pela formação ministrada a esses trabalhadores é fator preponderante na determinação da divisão do trabalho encontrado no seio da profissão. O trabalho executado pela enfermagem caracteriza-se, desta forma, como um trabalho improdutivo e assalariado, do ponto de vista do capital, pois é um trabalho que está no âmbito da prestação de serviço. Esse é consumido como valor de uso, uma vez que serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho (Marx, 1986). É um trabalho que não possui o caráter de elemento criador de valor de troca.

Conclui-se, concordando com Melo (1986) que A divisão social do trabalho na enfermagem reflete a organização do processo de trabalho da profissão, depende das relações de produção, dominando inclusive a própria divisão técnica do trabalho. Ela não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou mais intelectuais entre as pessoas de classes sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e da desigualdade social e, por isso mesmo, tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista.

1.3 O TRABALHADOR DE ENFERMAGEM E O FETICHE DA PROFISSÃO

Durante o século XX, o desenvolvimento tecnológico possibilitou a divisão do trabalho de forma pormenorizada, situação que transformou o trabalhador em especialista numa parte pequena do processo de trabalho em que estava inserido. A hierarquização do trabalho manual sob o intelectual faz com que aqueles detentores do conhecimento transformem-se numa espécie de elite privilegiada, levando vantagens no acesso ao saber e apropriação não apenas deste, mas sobretudo dos salários e da renda, além de parte da riqueza da sociedade e, para manterem esse privilégio contribuem para o monopólio do conhecimento.

Isso faz com que a subordinação das necessidades humanas à reprodução do valor de troca, na busca da autorrealização sempre na expansão do capital, constitua de forma emergencial

⁴ No Brasil a profissão de enfermagem está regulamentada pela Lei Federal 7.498, de 25 de junho de 1986, essa legislação aponta que a enfermagem no Brasil só pode ser exercida pelo enfermeiro, pelo técnico em enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira. A figura do atendente de enfermagem, que por muitos anos executou atividades de enfermagem nunca teve o seu fazer profissional regulamentado, embora representasse a base da pirâmide dos trabalhadores da enfermagem até o início do século XXI.

as mediações de segunda ordem com a natureza. Está claro que para a conversão da produção do capital em propósito da humanidade, houve a secção entre seu valor de uso e valor de troca, subordinando o primeiro ao segundo, a relação do homem com a natureza ficando subordinada à relação homem-homem para a satisfação das necessidades humanas.

Desta forma, tem-se o trabalho produtivo que, além de extrair mais-valia, transforma o objeto em produto material e predomina no setor secundário da economia. Em contrapartida, o trabalho não produtivo é consumido como valor de uso e não gera valor de troca, sendo essa uma característica do setor público terciário que coloca à venda um produto imaterial, um serviço, ou seja, ele vende o valor de uso de um determinado trabalho que é útil não como algo concreto, mas como atividade humana.

Dentre os setores terciários que atuam na perspectiva de vender um produto imaterial há o setor saúde, na qual bem se caracteriza a existência do trabalho que é útil como atividade humana, sendo uma das atividades realizadas nesse setor as ações desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem.

Como já dito neste trabalho, a divisão do trabalho na enfermagem, para além da sua história de origem como profissão, perpetua-se com a formação dos trabalhadores e consubstancia-se com a sua regulamentação enquanto profissão no Brasil, uma vez que se estrutura profissionalmente como uma pirâmide. A enfermagem tem na sua hierarquização profissionais com formação universitária, ensino médio, além daqueles que possuem o ensino fundamental, caracterizando, assim, a contribuição para um fazer pormenorizado das diversas funções realizadas por esses profissionais junto aos que delas necessitam.

Entende-se que o fazer da enfermagem precisa ser interpretado a partir da análise do discurso sobre a formação de diversas categorias profissionais para a realização de um mesmo fim, qual seja o cuidar daquele que necessita. Formação essa envolta em um discurso de cunho ideológico que busca e aponta a necessidade de um saber também ideológico. Ainda na busca de entender o fazer da enfermagem enquanto *valor de uso* há a necessidade de se buscar em Marx, sobretudo no que diz respeito à análise da mercadoria.

Na análise sobre a mercadoria, Marx (1985) aborda o tema como sendo essa um objeto universal, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. Verifica-se, assim, que as mercadorias desempenham o papel de satisfazer necessidades

humanas e essa satisfação dar-se-á a partir da utilidade que cada coisa terá, tornando-se um valor de uso.

Nessa perspectiva, o fazer da enfermagem expressa-se como valor de uso, pois a não materialidade desse fazer realiza-se no uso de saberes próprios para um cuidar de qualidade, não podendo ser medido por quantidade de “fazeres” realizados; podemos caracterizar esse trabalho realizado a partir do entendimento que ele não propicia o desaparecimento do caráter útil do seu fazer, pois ao cuidar daquele que busca os cuidados da enfermagem, o profissional não se abstrai do seu fazer, pois não reside aí o poder ou o querer transformar o ser humano que ali chegou em outro ser.

Para o entendimento do fetichismo da enfermagem, essa deverá ser vista como prática social, ou seja, *“o modo de ação social de um grupo de agentes sociais, tendente de forma variável à sua integração no conjunto de práticas estruturadas, o que quer dizer também sua participação na constituição de uma determinada forma de organização da sociedade”* (GONÇALVES, apud SILVA, 1986, p. 47).

Como prática social, a enfermagem tem sua origem determinada na família, mais especificamente na mulher, que é quem primeiro cuida; na antiguidade, por caridade, o cuidado dos doentes e dos pobres e necessitados passou a ser exercido por religiosas. Após a reforma protestante, com a expulsão dessas religiosas, em alguns países, o cuidado passou a ser exercido por pessoas marginalizadas pela própria sociedade, que, além de não terem preparo adequado, nem mesmo de humanidade, passaram a cuidar em troca de dinheiro. No Brasil e em muitos países colonizados pelos europeus, o cuidado do doente era exercido primeiro pelos índios, que já faziam tal tarefa nas suas aldeias com a figura do pajé, depois pelos escravos. (PAIXÃO, 1979)

Seguindo o entendimento de que o modo de produção capitalista caracteriza-se pela exploração da força de trabalho do homem, propiciando a desigualdade social, o desemprego e as demais mazelas próprias do capitalismo. A enfermagem, assim como as demais profissões, são categorias históricas, e o prestígio dessa categoria é reconhecido pela sua trajetória histórica de origem.

O fetiche que impregna a profissão de enfermagem materializa-se desde a formação dos seus profissionais, organizados hierarquicamente, em que uma parte deles, os enfermeiros, é preparada para pensar o fazer, e outra parte, técnicos e auxiliares de enfermagem, é preparada para o fazer, materializando a dicotomia no cuidado de enfermagem e contribuindo para o

aumento das disputas internas da profissão. Essa situação da preparação dos trabalhadores de enfermagem faz com que esses passem a se ver como diferentes dentro da própria profissão, não valorizando o trabalho que a categoria realiza, contribuindo de forma real para a divisão do trabalho. As artimanhas que o sistema capitalista imprime ao mundo requer um aumento de pessoal para trabalhar na área de saúde, para assim continuar a garantir a reprodução da força de trabalho; essa faceta apresenta-se tal como ocorreu em todas as épocas de grande desenvolvimento do capital no mundo. E para garantir a reprodução da força de trabalho, o setor saúde aparece como um de fundamental importância, pois é nele que são dados os cuidados aos trabalhadores da indústria, da construção civil, do setor de serviços e dos demais setores da economia.

Desta forma, se há a necessidade de alguém para cuidar dos trabalhadores, de outro lado não existe a mesma preocupação quanto ao aumento real de escolas e universidades que preparem o número suficiente de trabalhadores da área de enfermagem para suprir a demanda do aumento do capital. É nesse momento que são utilizados mecanismos de preparação de pessoal não qualificado, que com pequenos treinamentos passam a cuidar do outro.

Nessa maratona de crescimento do capital e preparação de trabalhadores da área de saúde, e em especial da enfermagem, pode-se entender o que Gramsci (2001, p. 85) aponta em seu Caderno 2: *“Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função social no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (...).”*

A formação do trabalhador de enfermagem dos níveis hierárquicos da profissão “mais baixos”, os técnicos e auxiliares de enfermagem, não pode ser vista como uma formação em que não há intelectualidade, nem mesmo a qualificação profissional dos atendentes de enfermagem, deve ser vista apenas como um resgate ou pagamento de dívida social, uma vez que o mesmo autor sobre o tema aponta que: *“(...) em qualquer trabalho físico, mesmo no mais mecânico e degradado, existe um mínimo de qualificação técnica, isto é, um mínimo de atividade intelectual criadora.”* (idem, p. 87).

Desta forma o fetiche se apresenta para o trabalhador de enfermagem, das diversas categorias, ao realizar o seu fazer profissional inerente à profissão, nada mais é do que o não entendimento da essência das realizadas na sociedade na qual está inserido, contribuindo para a

reprodução da força de trabalho mantenedora do capital; além disso não consegue se ver como um único corpo, organicamente engendrado, mas separado pela forma em que é posta a formação profissional desses trabalhadores.

2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE

Tomando como parâmetros que os projetos de organização e desenvolvimento da sociedade brasileira têm como fundamento o liberalismo e que a escola brasileira, nesses projetos, foi organizada para realizar o ideário do pensamento liberal, vale identificar os vários “desenhos” de escola e de sistema escolar realizados no país.

Considerando o acima afirmado, Saviani (1987) ressalta que a escola surge, no Brasil, como instrumento de realização do pensamento liberal organizando-se, como sistema de ensino, a partir do século XIX. Zanotti (1972) afirma que a escola brasileira, pensada segundo o idealismo liberal, teve como missão alcançar a remissão dos homens do duplo pecado histórico: a ignorância (miséria moral) e a opressão (miséria política).

Cunha (1975) aponta que tal missão foi assumida pela lógica capitalista, como a maneira legal e legítima de reclassificar as pessoas das diferentes classes sociais, conforme suas motivações e potencialidades inatas. De acordo com Christófaro (1992) uma escola "redentora da humanidade"- na sua versão original e na tradução capitalista – é a marca da organização do sistema brasileiro, alvo de diversos movimentos de reformas que buscaram: cumprir satisfatoriamente essa missão e superar a insuficiência e ineficiência do próprio sistema, através da incorporação de programas e objetivos mais imediatos, que emergiam do processo de desenvolvimento da sociedade. Mesmo quando o projeto social privilegiou os sistemas não escolares - como forma de produzir o cidadão útil à Nação, foi conferido à Escola o papel de realizar a produção do saber dito “literário” ou “desinteressado”, atrelando o sistema escolar aos sistemas não escolares pelo postulado da neutralidade do conhecimento. Nessa perspectiva, a articulação das concepções de educação com a sociedade brasileira é estrutural e se sustenta nas práticas e projetos sociais, através dos quais os interesses, os princípios e os pressupostos do grupo social dominante tornam-se propósitos e valores do senso-comum, ou seja, ideologia compartilhada pelo conjunto da sociedade. É essa lógica que torna o pensamento liberal hegemônico e a burguesia além de classe dominante, também, dirigente. Tal constatação não anula os antagonismos da sociedade de classe, sobre a qual se apóia e conforma o modo de produção capitalista. Pelo contrário, os interesses conflitantes e, até, inconciliáveis das diferentes classes formam a base de difusão do liberalismo e de consolidação do poder burguês.

Incorporando todas as críticas e avaliações das tendências educacionais e dos projetos políticos delineados e implementados pela sociedade, a área de saúde tem, também, privilegiado uma ou outra tendência e tem sido alvo de movimentos que incorporam interesses dos vários segmentos e classes sociais. Chama a atenção, porém, o caráter discriminatório e extremamente elitista com que trabalham a escola e o sistema de saúde. A possibilidade de novos paradigmas para a formação está no jogo de forças e interesses que compõe o desenvolvimento da sociedade.

É a partir do entendimento das trajetórias da educação profissional e da educação profissional em saúde, no âmbito do capitalismo contemporâneo que se pode entender o engendramento de políticas as quais buscam a qualificação de trabalhadores da saúde deixados durante anos à margem. Esses mantiveram-se atuando em condições inadequadas e sem a chance de poderem assistir a quem deles precisava com a segurança requerida pelo setor saúde.

2.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL: ORIGENS E FORMA ATUAL DE EXISTÊNCIA

Utilizando o entendimento de Sousa (2004), aponta-se a educação profissional como uma decorrência de medidas cujo escopo é desenvolver um conjunto de habilidades consideradas indispensáveis ao desempenho dos indivíduos na sua condição de trabalhadores. As habilidades a serem desenvolvidas pelo indivíduo não são isoladas, mas se complementam e se relacionam a um ofício ou profissão ou campo ocupacional.

Na busca do entendimento de ser a educação profissional o desenvolvimento de habilidades para que indivíduo possa desempenhar determinada atividade, como acima citado, a mesma autora trata do tema abordando a história da educação profissional no Brasil a partir do período colonial, quando o ensino era desenvolvido pelos jesuítas em aldeamentos ou em espaços alternativos construídos anexos às igrejas, destinando-se a nativos e colonizadores.

Cordeiro e Costa (2006) enfatizam que através da educação no Brasil-Império garantiu-se as relações de produção e, portanto, a sobrevivência do modo de produção escravista e o analfabetismo. No caso das corporações de ofício, o controle das relações de produção dava-se pela aprendizagem dos ofícios, isto é, pelo monopólio, tanto político como do próprio saber, determinado e restrito aos seus pares de irmandade. Aos pobres nos centros urbanos emergentes destinava-se o mundo do trabalho.

A educação, de um modo geral, em concordância com o pensamento católico-conservador dominante e com o modo de produção escravista, enfatizava o ensino superior e delegava o ensino elementar, secundário e profissionalizante a uma completa desarticulação (CUNHA, 1978).

Manfredi, apud Sousa (2004) aponta que, quando havia algum empreendimento econômico importante e não se tinha mão-de-obra, o poder público ofertava ensino compulsório a jovens adolescentes e pobres e promovia sua inclusão laboral. No império, a educação profissional era um sistema paralelo à educação geral, esta direcionada aos “bem nascidos”, sendo a educação profissional destinada a preparar a força de trabalho ativa dos segmentos desocupados.

O período escravagista no Brasil foi substituído de forma lenta por novas relações de produção. No final do Império e início da República, a economia cafeeira, a industrialização, a presença do imigrante como força de trabalho livre e a abolição da escravatura, em 1888, definiram a passagem do modelo agrário-exportador-dependente para o modelo agrário-comercial-exportador-dependente (RIBEIRO, 1991). Desta forma, no final da Primeira República, em 1930, consolidou-se o capitalismo no Brasil de forma definitiva, capitalismo esse dependente em virtude da ação dos capitais externos.

A expansão da educação para atingir os anseios da população ainda não era vislumbrada, pois o debate sobre a expansão da educação esmoreceu até o início da primeira década do séc. XX.

O ensino profissional dirigido aos pobres e desafortunados foi estruturado a partir do Decreto 7.566, de 23 de setembro de 1909 que estabelecia o ensino profissional gratuito em 20 escolas de aprendizes artífices em diferentes estados da federação. Caberia às assembleias provinciais legislar e organizar seus sistemas de ensino de nível primário e médio. A criação das escolas de aprendizes artífices, em 1909, foi o embrião para a emergência das escolas técnicas federais.

Para os filhos dos trabalhadores, além do curso primário era possível realizar o curso rural e o profissionalizante. No nível ginásial poderiam realizar, exclusivamente, cursos profissionalizantes denominados por normal, técnico comercial e o técnico agrícola. Nesse contexto, essas modalidades educativas não davam ingresso ao curso superior. Aos filhos das

elites era destinado o ensino primário e a seguir o ensino propedêutico, voltado para o acesso ao ensino superior, com subáreas profissionalizantes.

Vê-se que a educação brasileira no início da República reafirma a separação entre os que devem pensar e os que devem executar. Estabeleceu-se uma educação dirigida aos que devem exercer funções instrumentais e aos que devem exercer uma função acadêmica, reproduzindo no âmbito educativo a separação entre capital e trabalho, conforme o paradigma taylorista-fordista, isto é, a cisão entre aqueles que de um lado exercem funções de execução e, de outro, aqueles que exercem atividades de planejamento e supervisão (KUENZER, 1999).

Os anos de 1930 apresentaram novos elementos ao debate sobre a formação profissional. A quebra da Bolsa de Nova Iorque e a grande produção de café no Brasil ocorrida no contexto da Revolução de 1930 exigiu a passagem progressiva de um modelo econômico voltado para a exportação, para a satisfação do consumo no mercado interno.

A revolução de 1930 ocasionou mudanças significativas no modelo econômico vigente e, do ponto de vista político, gerou importantes transformações na sociedade tais como o enfraquecimento da oligarquia agroexportadora e a ascensão ao poder de grupos ligados aos tecnocratas, aos militares e aos empresários industriais. Getúlio Vargas foi empossado na presidência, primeiro provisoriamente, de 1930 a 1937, e a seguir, de 1937 a 1945, estabelecendo-se o Estado Novo. A partir do Governo Vargas, o Estado passou a intervir na economia, exercendo uma política desenvolvimentista, firmando as bases para a implantação da indústria pesada no país.

Com todas essas mudanças, a formação profissional permaneceu dual. Nos anos de 1940, a política econômica protegia a burguesia industrial, promovendo ao operariado uma política de salários baixos. O êxodo rural intensificava-se e os trabalhadores rurais vendiam a sua força de trabalho a qualquer preço multiplicando-se a desigualdade fomentada pela fome e pelo trabalho de muitos.

Esses acontecimentos ensejaram o surgimento de novos ramos profissionais, proporcionando uma maior oferta da rede escolar para atender a esses diferentes ramos que se multiplicavam. Guiraldelli Júnior (1990) destaca que a qualificação técnico-profissional foi a alternativa proposta por Vargas para tentar controlar o processo migratório tentando, assim, conter o clamor social, levando ao filho dos trabalhadores uma profissão.

O modelo educacional foi implementado mantendo as escolas dirigidas aos filhos das elites e ampliando a oferta de escolas dirigidas ao ensino técnico-profissionalizante, como meio de preparação de mão-de-obra para a indústria e o comércio, além de escolas rurais.

A educação passou a ser um instrumento de manutenção e defesa da ordem social vigente, como meio de difusão do Estado Novo, “do culto à Pátria e das tradições”, ligada ao binômio “educação-segurança” (GUIRALDELLI JR, 1990).

A preocupação com o ensino técnico-profissionalizante proporcionou a criação do Serviço Nacional de aprendizagem Industrial – SENAI (1942), do Serviço Nacional de aprendizagem Comercial – SENAC (1946) e das Leis Orgânicas do Ensino, conhecidas por Reforma Capanema, que dizem respeito ao ensino industrial e ao ensino técnico-comercial. Ainda em 1942 foram criadas as escolas técnicas de artes e ofícios, cujo embrião data de 1909. Essa legislação proporcionou a estruturação escolar, do primário ao superior, sendo que o ensino secundário, normal e industrial, permitia o acesso ao ensino superior na mesma área, e o ensino comercial e agrícola resumia-se ao ensino primário e técnico também na mesma área. Nesse conjunto foram fortalecidas as iniciativas públicas e privadas que atenderiam às demandas de um crescimento econômico ligado mais uma vez ao paradigma fordista-taylorista.

A política pública de educação manteve-se dual e seletiva, determinando destinos escolares diferenciados para os jovens pobres e os jovens ricos.

Chama-se a atenção para a lei Orgânica do Ensino Primário que se efetivou apenas em 1946, após a saída (temporária) de Vargas, pois durante o seu governo a legislação criada estruturou apenas o ensino técnico e profissionalizante não resolvendo os problemas da educação básica de qualidade no país.

A Segunda Guerra Mundial determinou uma nova demanda, não era possível manter a importação de técnicos do mesmo modo que não era possível continuar com a importação de produtos não-duráveis (ROMANELLI, 1989). A indústria de bens não-duráveis proporcionou o aparecimento das primeiras indústrias de base, as quais permitiram a produção de aço, energia, que exigiam cada vez mais tecnologia e equipamentos de ponta; as indústrias de base proporcionaram o aparecimento da indústria de bens de consumo duráveis (automóveis, eletrodomésticos, por exemplo), a qual, por sua vez, não pode existir sem a primeira e todas as duas demandavam profissionais com qualificação mínima e equipamentos sofisticados.

O Brasil que, até o final dos anos 1950 ainda buscava combater o analfabetismo, optou pela importação de tecnologias não investindo neste setor, tampouco em pesquisa, saúde ou educação. Entre 1955 e 1960, o Governo JK incentivou a entrada de multinacionais no país, situação que se prolongou com os governos militares de 1964 em diante.

O Governo JK instalou no país o nacionalismo-desenvolvimentismo, que, segundo Manfredi (1981), é um sistema de idéias e concepções em que implicitamente a aceitação do modelo de desenvolvimento sócio-econômico, nos parâmetros capitalistas é orientada para o atendimento dos interesses nacionais. Isso levou à idéia de que a educação deveria ser um investimento para formar a mão-de-obra exigida pelo processo de desenvolvimento industrial.

O Governo JK deu ênfase ao ensino técnico-profissionalizante e à educação para o trabalho. Tal valorização se alicerçou na intensidade das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, expressas no crescimento dos setores secundário e terciário e na validação dos saberes provenientes das experiências de vida dos trabalhadores.

No bojo desse processo foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 4.024/61), a qual articulou o ensino profissional ao ensino regular, produzindo a equivalência entre os cursos profissionalizantes e os propedêuticos em função da continuidade dos estudos. Com isso o SENAI e o SENAC organizaram seus cursos em condições de equiparação legal aos níveis de ensino fundamental e médio (KUENZER, 1999). Contudo, assim mesmo, a educação manteve-se elitista e antidemocrática.

Entre 1962 e 1964, segundo Ianni (1977), vivenciou-se o auge das crises econômica e política, decorrentes da combinação dos modelos econômicos adotados: o primeiro caracterizado pelas exportações de produtos, seguido pelo de substituição de importações e o desenvolvimento autônomo. A política econômica adotada neste período levou a um imenso processo inflacionário, numa sociedade que se mantinha economicamente dependente. Os movimentos populares que se mantinham no seio da sociedade civil legitimaram o nacionalismo-desenvolvimentismo, articulando campanhas contra o analfabetismo e em favor da formação de mão-de-obra qualificada com vistas à superação de um país subdesenvolvido. Esses movimentos tiveram como resposta o golpe militar de 1964.

O Brasil adotou uma política de incentivo às exportações relegando a uma posição de segundo plano a produção de artigos necessários à população. O Estado Militar impôs um modelo econômico caracterizado pela internacionalização da economia, apoiando a hegemonia do capital

financeiro no lugar do nacionalismo-desenvolvimentismo. Mais uma vez a busca do crescimento econômico a todo custo para que o Brasil ingressasse no bloco dos países do Primeiro Mundo gerou uma demanda pela qualificação de mão-de-obra técnica.

Os subsídios e incentivos fiscais às grandes empresas e o abandono das pequenas proporcionaram o aumento do desemprego e da inflação; a educação passou a ser vista como a “tábua de salvação” e o caminho para a ascensão e equalização social.

De acordo com Saviani (2005), essa visão de ascensão a partir do investimento em educação é originária da investigação realizada por Schultz (1962)⁵, que ao pesquisar a relação entre os níveis de renda e graus de escolaridade, constatou que a renda aumentava em proporção aritmética para os indivíduos que possuíam escolaridade média em relação a escolaridade primária, e geométrica para os detentores de escolaridade superior. Essa visão produtivista da educação traduzida pela “pedagogia tecnicista”, baseada no modelo de produção taylorista-fordista tentou se implantar no Brasil através da lei 5.692/1971, quando se buscou transplantar para as escolas os mecanismos de objetivização do trabalho vigente nas fábricas.

Mister salientar que a lei 5.692/71 reformulou o ensino primário e secundário, estabelecendo de forma compulsória a profissionalização como finalidade única para o ensino de segundo grau. Assim, a educação profissional deixou de estar limitada a estabelecimentos especializados, fazendo com que as escolas técnicas passassem a ser procuradas por muitos estudantes que pouco interesse tinham por uma formação profissional, mas tão somente queriam estar melhor preparados para o vestibular, levando essas escolas a reforçarem o caráter propedêutico do ensino. Essa situação só se resolveu em 1982, através da Lei 7.044 que retirou a obrigatoriedade da habilitação profissional no segundo grau, voltando à educação profissional a ser oferecida por escolas especializadas. Os anos 1990 demarcam uma nova realidade, o imperativo da globalização. Em 1996 foi aprovada a lei 9.394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) que traz um capítulo específico sobre a educação profissional, a qual apresenta-se no bojo das mudanças estruturais impostas à sociedade, ligadas a reestruturação produtiva. O tema educação profissional ainda continua a ser discutido, buscando-se elaborar uma política pública para o setor, na qual a dualidade não se faça presente (CAMPELLO & LIMA FILHO, 2006).

⁵ SCHULTZ, T. O valor econômico da educação. Rio de Janeiro.Zahar, 1962.

Toda essa trajetória da educação profissional vem confirmar que a formulação das políticas de educação foi fortemente mediada pelo modelo econômico vigente. O século XX e o início do século XXI foram marcados pelo desenvolvimento tecnológico, atingindo a produção em níveis jamais conhecidos quantitativa e qualitativamente. O trabalho do homem, facilitado pelas máquinas, exige um treinamento prévio e este se desenvolve de forma compartimentada, não sendo proporcionado ao trabalhador o conhecimento de todo o complexo processo produtivo, percebendo-se uma franca cisão entre o saber e o fazer, entre o social e o político (MARTINS, 2000).

A LDB aprovada orienta as novas diretrizes e bases da educação no país. Dentre as principais “inovações” propostas encontra-se a regulamentação curricular com base na pedagogia das competências.

Sousa e Pereira (2006) apontam que a noção de competência profissional tem sido modernamente objeto de intenso debate, sendo considerada em geral, uma atualização, um rejuvenescimento, ou um deslocamento da noção de qualificação profissional.

As autoras explicitam que esse deslocamento pode ser visualizado na concepção da articulação das habilidades (básicas, específicas e de gestão), aspectos apresentados como inovadores das políticas de qualificação profissional instituídas na década de 1990.

Originária do mundo dos negócios, a noção de competência, assim como a de sociedade do conhecimento, emerge como produto e resultado da crise do modelo fordista de desenvolvimento. Uma crise da acumulação de capital que implicou um novo tipo de organização do trabalho, baseado em tecnologia flexível, em contraposição à tecnologia rígida do sistema taylorista-fordista, e na formação de um trabalhador também flexível (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Conforme Antunes (1998), pode-se observar no universo do mundo do trabalho, no capitalismo contemporâneo, uma multiplicidade de processos relacionados; de um lado a desproletarização do trabalho industrial fabril nos países de capitalismo avançado, que repercutiu, em maior ou menor escala, em áreas industrializadas do chamado terceiro mundo; de outro lado, assistiu-se a uma ampliação do trabalho assalariado principalmente no setor de serviços.

Annunziato(1989) apud Antunes (idem), apresenta dados relativos à oscilação na força de trabalho nos EUA no período de 1980 a 1989, em que o setor de serviços tem uma variação de

+97,8%, em relação aos trabalhadores de outros setores como indústria manufatureira, mineração e agricultura. No setor de serviços dentre muitas ocupações estão incluídos os serviços de saúde.

Como parte integrante do mundo da educação profissional está incluída a educação profissional em saúde a qual foi permitida legalmente no Brasil a partir da Lei 4.024/61, pois até então a formação profissional destinava-se a atender à indústria, à agricultura e o comércio.

2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE: TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NO BRASIL

A enfermagem surgiu como um serviço organizado nos primórdios do cristianismo, através da instituição do diaconato, passando a coexistir com a prática exercida no interior dos lares em atendimento às necessidades dos membros constituintes das famílias. (SILVA, 1986, 51p.)

A história da enfermagem profissional teve início na Inglaterra, na segunda metade do século XIX. Seus antecedentes mediatos, segundo a historiografia, relacionam-se ao surgimento no século XVII, na França, da ordem católica das irmãs de caridade, fundada por Luisa de Marillac sob a inspiração de São Vicente de Paula, considerado o verdadeiro precursor da enfermagem moderna (Jamieson, 1966, Molina, 1973, apud SILVA, 1986, 51p).

Pode-se citar como antecedentes imediatos mais importantes da enfermagem profissional a Guerra da Criméia (1854-1856) ⁶, especificamente o trabalho realizado por Florence Nightingale junto aos soldados feridos. Tendo sido convidada pelo ministro da guerra da Inglaterra para organizar os serviços de enfermaria dos hospitais militares ingleses instalados em Scutari e na Criméia, os quais não apresentavam mínimas condições de atendimento, elevando o índice de mortalidade dos soldados feridos. As ações empreendidas por Florence reduziram de forma expressiva a mortalidade dos soldados de 40% para 2%. (Molina, 1973, apud Silva, 1986, 52p.)

O nome de Florence tornou-se referência para a enfermagem mundial, reconhecida a partir de então como enfermagem moderna, por ter sido ela a responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem redimensionada aos novos

⁶ Guerra em que Inglaterra e França defenderam a integridade do Império Otomano contra a invasão Russa (AQUINO, Rubim Santos Leão de, *et alli*. **História das sociedades**. p. 170, apud Germano, 1983. p. 49)

tempos. A escola tornou-se modelo para dentro e para fora da Inglaterra, assumindo como princípios, segundo Paixão:

- 1 - uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar;
 - 2 - a recomendação que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos;
 - 3 - a exigência de ensino teórico sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica.
- (1979, p. 44)

As razões de uma preocupação exacerbada com a moralidade referem-se ao processo de secularização da enfermagem iniciado no século XVI, incrementado pelo puritanismo dominante na Inglaterra da era vitoriana, tornando imprescindível realizar esforços para forjar uma nova imagem da prática social da enfermagem que ora se constituía como profissão.

O ensino sistematizado da enfermagem no Brasil data de pouco mais de um século. Antes disso não havia propriamente escolas de enfermagem, mas instituições religiosas cujo ensino e orientação da prática não obedeciam a nenhum programa formal. A aprendizagem dava-se empiricamente, pela imitação dos superiores e dos já iniciados na arte (CARVALHO, 1972; SILVA, 1986; ALMEIDA & ROCHA, 1986).

A enfermagem brasileira desenhou-se segundo os moldes do "Sistema Nightingale", trazido por enfermeiras norte-americanas que tiveram essa formação, dando início, dessa forma, ao advento da enfermagem moderna em nosso país. (Paixão, 1979)

Para MEDEIROS, TIPPLE, MUNARI, (1999), a literatura aponta que a Enfermagem, historicamente, busca sua autonomia enquanto profissão da área da saúde, procurando adequar-se às determinações sociais e legais das Políticas de Saúde e Educação. Ao citarem FREITAS (1990), as autoras chamam a atenção para o fato de a enfermagem possuir no seu ensino o veículo para a sistematização de conhecimentos, atitudes e habilidades, alicerçados pelos padrões morais, éticos e técnicos da profissão, os quais irão compor o conteúdo instrucional, formal, transmitido pela escola a seus alunos.

Antes do advento da "Enfermagem Moderna" no país, a Enfermagem brasileira estava nas mãos de irmãs de caridade e de leigos (recrutados sobretudo entre ex-pacientes e serventes dos hospitais), quase que exclusivamente à mercê do empirismo de ambos, forjado no embate das exigências concretas das rotinas das Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo Brasil (SILVA, 1986; ALMEIDA & ROCHA, 1986).

A primeira iniciativa oficial com relação ao estabelecimento da Enfermagem profissional no Brasil foi à criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional

de Alienados, no Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 791/1890, a qual seguia mais o sistema francês do que o Sistema Nightingale⁷, já então espalhado por todo o mundo de língua inglesa (CARVALHO, 1972; GUSSI, 1987).

Com a proclamação da República, as relações entre a Igreja e o Estado ficaram estremecidas, chegando ao rompimento. Houve a desanexação do Hospício Nacional de Alienados da Santa Casa de Misericórdia que repercutiu na estatização da assistência aos doentes mentais e os médicos assumiram o poder. As relações com as irmãs de caridade, responsáveis pela administração interna do Hospital, se tornaram insustentáveis neste novo sistema a ponto de estas abandonarem repentinamente o serviço (FERNANDES, 1975; GUSSI, 1987).

O Sistema Nightingale espalhou-se rapidamente pelo mundo inteiro, levado principalmente pelas pioneiras inglesas e norte-americanas. Em 1892 foi instalado em São Paulo o "Hospital Evangélico", para estrangeiros, hoje Hospital Samaritano, com um corpo de enfermeiras inglesas oriundas de escolas orientadas por Florence Nightingale. O curso de Enfermagem iniciado neste Hospital por volta de 1901-02 trazia todas as características do sistema inglês sendo, inclusive, ministrado nesse idioma, para estudantes recrutadas nas famílias estrangeiras do sul do país, tendo como objetivo precípuo preparar pessoal para a Instituição. Essa Escola nunca chegou a ser reconhecida por tratar-se de iniciativa privada que visava unicamente preparar pessoal para o próprio hospital (CARVALHO, 1972).

Em 1916, como repercussão do movimento mundial de melhoria nas condições de assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra, a Cruz Vermelha Brasileira criou uma Escola no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra preparando enfermeiras em curso de dois anos de duração (CARVALHO, 1972).

A criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (Dec. 15799 de 10/12/22) constituiu, de fato, o início de uma nova era para a Enfermagem brasileira; o mérito do acontecimento deve-se, principalmente, a seu Diretor, Carlos Chagas e ao grupo de enfermeiras norte-americanas, trazido pela Fundação Rockefeller, a pedido daquele, para prestarem serviço no Departamento. Lideradas por Ethel Parsons e Clara Louise Kienninver,

⁷ No sistema francês os rituais de cuidado se constituíam numa base voltada para a prática do cuidar vivenciada por irmãs de caridade no cotidiano dos hospitais, ou dos domicílios. O sistema Nightingale já utilizava bases científicas para cuidar dos doentes. In: PADILHA, M.I.C. de P. & MANCIA, J.R. **Florence Nightingale e as irmãs de caridade**: revisitando a história. Revista Brasileira de Enfermagem, v – 58, nº 6. Nov./Dez. Brasília, 2005.

algumas dessas enfermeiras assumiram a responsabilidade pela direção e pelo ensino da escola, tendo influenciado grandemente no conteúdo da legislação que determinava o currículo a ser adotado e no Decreto 20109/31 que instituiu a Escola Ana Neri como "escola padrão" para efeito de equiparação (CARVALHO, 1972; FERNANDES, 1983; ALMEIDA & ROCHA, 1986).

SILVA (1986) aponta que este fato, no que se refere à Enfermagem brasileira, representa um marco de extrema importância, isto é, o advento da Enfermagem Moderna no país, 63 anos depois de seu surgimento na Inglaterra. Surge num momento em que o Estado brasileiro emergente institui políticas de saúde voltadas ao controle das grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao desenvolvimento do comércio internacional, porém contava com escassos equipamentos de saúde e mão de obra desqualificada para a viabilização das ações coletivas propostas.

Nesse sentido, Carlos Chagas ao tomar contato com o trabalho no padrão nightingaleano das enfermeiras norte americanas, acreditou ser este o profissional necessário para a estratégia sanitária do governo brasileiro e solicitou auxílio à International Health Board para criar serviço semelhante no Brasil. Assim, foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, nos moldes das escolas americanas que utilizavam o "Sistema Nightingale", mesmo mantendo a contradição de preparar as enfermeiras dentro das enfermarias do Asilo São Francisco de Assis, adaptado para ser o hospital-ensino da Enfermagem, para o trabalho em saúde pública (FERNANDES, 1975; GUSSI, 1987).

No entanto, vale apontar que a partir de 1930, com a ampliação do sistema previdenciário, a produção de serviços privados foi privilegiada e favoreceu a assistência hospitalar curativa em detrimento da Saúde Pública, ampliando dessa forma a demanda pelo trabalho das enfermeiras no âmbito do hospital.

A crise mundial de 1929 encaminhou as mudanças estruturais que caracterizaram o modelo de substituição de importações, sendo este o marco para o processo de industrialização. Segundo FREITAG (1986), a classe até então hegemônica dos latifundiários cafeicultores, foi forçada a dividir o poder com a classe burguesa emergente. No âmbito da educação deu-se início ao movimento de expansão e democratização da escola tendo sido transformados os objetivos desta última, que passou a privilegiar a formação de quadros de trabalhadores especializados, em todos os campos exigidos pela sociedade moderna.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e a Constituição de 1934 estabeleceu a necessidade de elaboração de um Plano Nacional de Educação que coordenasse e supervisionasse as atividades de ensino em todos os níveis do país enquanto na Constituição de 1937, foi introduzido o ensino profissionalizante (CUNHA, 1977).

Socialmente, a industrialização representou a consolidação de duas classes, a burguesia industrial e o operariado, e foi a partir daí, que o povo começou a existir enquanto expressão política. As manifestações urbanas organizadas retratavam de forma mais objetiva a insatisfação dos setores de classe dominados (RIBEIRO, 1987).

Por outro lado, as mudanças que se observavam no quadro social e urbano, em decorrência do processo de industrialização, da organização das classes empresariais e dos assalariados urbanos, impulsionavam o movimento da previdência social e a expansão dos programas de assistência à saúde, ampliando-se, assim, a demanda desses serviços de atenção ao doente (FREITAS, 1990).

O enfoque sanitário caracterizado pela ênfase no saneamento dos portos da década de 1920 entrou em declínio e cresceu a importância da Previdência Social. Ocorreu ainda um aumento do número de hospitais em função da expansão da medicina privada voltada para a assistência curativa individual.

A década de 1930 apresentou-se alicerçada pelo modelo de assistência médica curativa momento esse em que a política educacional assumiu o treinamento da força de trabalho. O ensino na área de enfermagem expandiu-se, atendendo ao aumento da demanda dessa nova categoria profissional, aumento este impulsionado principalmente pelo ritmo de urbanização existente e pelo processo de modernização dos hospitais (SILVA, 1986).

A expansão do ensino da enfermagem nas décadas de 1930, 1940 e 1950 aconteceu a partir de uma realidade social definida, num contexto de acelerados processos de urbanização e industrialização, dos quais as políticas educacionais e de saúde se tornaram reflexos.

A década de 1940, marcada pela consolidação de uma sociedade de base industrial, destacou-se por dois adventos importantes: na área curativa houve o surgimento de grandes hospitais e, na saúde pública, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Dentre os hospitais criados com alto investimento, destaca-se o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Além desse, outros foram instalados em várias capitais, também denominados "Hospitais das Clínicas", que se caracterizavam pelo alto investimento em

tecnologia. Na região amazônica, nordeste e vale do rio doce o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) proporcionou o aumento de postos de trabalho para enfermeiras.

Todos esses investimentos foram decorrentes de acordos internacionais visando à proteção de áreas estratégicas. BRASIL, (1985).

Em meio a todos esses acontecimentos, na década de 1940, foi aprovada legislação educacional para área de enfermagem, que buscou regulamentar a formação técnica dos práticos de enfermagem, através do Decreto-Lei nº 8.778/1946, e dos auxiliares de enfermagem, através da Lei nº 775/1949. Tais medidas buscavam atender ao, então, incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar. (PEREIRA & LIMA, 2006)

Os estudos sobre economia da educação e economia da saúde, de matriz neoclássica, ofereceram o suporte conceitual e analítico necessário para o desenvolvimento da idéia de que os gastos com os setores sociais não se limitavam a despesas com consumo, mas eram investimentos rentáveis que o Estado deveria assumir como meio de promoção do desenvolvimento econômico. Nesse sentido, os dispêndios com programas de saúde e na melhoria da organização sanitária significavam a promoção da saúde, e conseqüentemente, uma maior produtividade do trabalho. Em contrapartida, o investimento em educação, por ser esta produtora de capacidade de trabalho, significava, potencialmente, o aumento da renda e a posse de um capital. É no bojo dessa discussão que emerge a noção de recursos humanos em saúde, para designar a mão-de-obra engajada no setor. (CAMPELO & BARRETO, 2006)

O marco internacional para adoção dessa visão foi a carta de Punta del Este, em 1961, que elaborou o Primeiro Plano Decenal em Saúde para as Américas, ratificado no Brasil em 1967, na IV Conferencia Nacional de Saúde, cujo tema central foi Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. Nesse contexto, difunde-se a idéia da formação de técnicos de saúde de nível médio em função das necessidades de um suposto mercado de trabalho para estes profissionais, surgidas em decorrência do crescimento econômico acelerado no tempo do ‘milagre econômico’ brasileiro (1968 – 1974), e da introdução de sofisticados equipamentos médicos no processo de trabalho em saúde, no âmbito hospitalar. (CAMPELO & BARRETO, 2006)

De fato, os serviços de saúde foram um importante pólo de criação de postos de trabalho nesse período e isso está diretamente associado ao modelo de saúde adotado pós-64, de ampliação em larga escala da produção de serviços médicos hospitalares. Frigotto (1986) afirma que tal situação ocorreu à custa de duas categorias: os atendentes de enfermagem, com nível de

escolaridade equivalente às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental, e os médicos. No contexto da recomposição do capitalismo em sua fase monopolista, o fetiche e a mistificação da necessidade de formação técnica média para um suposto mercado de trabalho veiculado pela teoria do “capital humano” cumpriu um papel político, ideológico e econômico específicos.

No plano político-ideológico, a teoria do capital humano veicula a idéia de que o subdesenvolvimento não diz respeito às relações de poder e dominação, sendo apenas uma questão de modernização de alguns fatores, nos quais os recursos humanos qualificados (‘capital humano’) constituem o elemento fundamental. Em contrapartida, passa a idéia de que o antagonismo capital-trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático – pelo trabalho –, especialmente pelo trabalho potenciado com educação, treinamento, etc.

No plano econômico, o conceito de ‘capital humano’ estabelece, de um lado, o movimento entre capital constante e capital variável (força de trabalho) na produção de valor; coloca 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 ‘capital humano’. Esse conceito reduz a concepção de educação e, por extensão, a educação profissional a mero fator técnico da produção.

A concepção tecnicista de educação profissional contribuiu, entre outros fatores, 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. (CAMPELO & BARRETO, 2006)

Acredita-se que à educação cabe contribuir para a emancipação dos trabalhadores em relação a uma ordem social e econômica excludente e alienada, que tende a transformar a saúde e a educação em uma mercadoria como outra qualquer, ter como meta transformar a sociedade e tornar realidade o direito universal à saúde e à educação.

Pereira & Ramos (2006) destacam premissas dessa concepção emancipadora, apontando a necessidade de uma formação qualificada para os trabalhadores técnicos da saúde, visto que estes desenvolvem trabalho complexo, na perspectiva de valor de uso; a defesa da escola e da

escolaridade como política pública e como condição para a formação dos trabalhadores técnicos em saúde; a defesa da explicitação da dimensão política e técnica da prática educativa da saúde; a crítica ao positivismo, ao cientificismo e ao tecnicismo.

Na área da saúde, a noção de competência foi mais difundida com a instituição do Sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, PROFAE, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com Ramos & Pereira (op cit), apesar de (re)construir essa noção numa perspectiva contrária àquela que predomina na organização de sistemas de competências profissionais, de corte funcionalista e condutivista, e de relacioná-la ao desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos processos de trabalho, na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade, essa opção pedagógica acaba não contribuindo para o fortalecimento da relação entre o mundo da escola e o do trabalho por levar a desintegração curricular, ao tentar reproduzir as situações de trabalho nos espaços formativos.

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394/1996, inova, pois traz um capítulo exclusivo para educação profissional. Conforme o Art. 39 dessa Lei e o Decreto 5.154 de 23 de julho de 2004, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação superior. Ela pode ser realizada em serviços de saúde (formação inicial ou continuada) e em instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica). A área profissional da saúde diz respeito às ações integradas referentes às necessidades individuais e coletivas, com base em um modelo que ultrapasse a assistência médico-hospitalar.

A educação profissional em saúde é um objeto de disputa e embate de projetos societários. Apesar da hegemonia de idéias e práticas de educação profissional que, tem como objetivo a adaptação e conformação dos trabalhadores ao mercado de trabalho, assim como às necessidades de manutenção e transformação do capital, existem projetos contra hegemônicos que lutam por uma educação e saúde que tenham como finalidade a construção de uma sociedade mais humana e solidária (PEREIRA & RAMOS, 2006). Dentre os projetos contra hegemônicos podemos citar como exemplos: a concepção ensino e serviço e a concepção politécnica, que são realizadas no cenário histórico e social do capitalismo tardio, um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, que defendem e reafirmam a saúde como direito universal,

e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, que tende a tornar a saúde uma mercadoria.

Nessa perspectiva reconhece-se que no caso da formação técnica em saúde, a profissionalização e qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio apresenta-se como um caminho a ser seguido para fazer frente à crescente incorporação de novas tecnologias e mudanças na divisão técnica do trabalho, considerando que o trabalho passa por sucessivas e constantes alterações e exige, em termos de composição ocupacional, qualificação e escolaridade. Também é presente a modificação das demandas da população por cuidados em saúde, exigindo assim uma formação de qualidade que atenda a essa demanda.

Analisando a evolução da formação técnica em saúde, em especial da enfermagem, é possível apontar que a formação profissional de nível médio desses profissionais sempre foi debatida pela categoria, embora não tenha tido consenso sobre uma postura favorável ao seu estímulo, pelo entendimento de que seu crescimento contrapõe-se ao crescimento quantitativo e qualitativo dos enfermeiros. No entanto, essa posição vai ao encontro da crescente necessidade do setor saúde que indica a incorporação progressiva de profissionais de nível médio no setor. (GOTEMS, 2007)

O Estado sempre teve como uma prática antiga a formação de auxiliares de enfermagem assumida em parceria entre o sistema de saúde e o sistema de educação. O primeiro, com o financiamento e com a demanda e absorção dos trabalhadores e o segundo, com as instituições escolares que compõem o sistema e todo o arcabouço legal que dá regularidade e legalidade aos processos de formação.

A educação profissional de nível técnico na enfermagem, ao ocupar, ao longo de mais de quatro décadas, a agenda das políticas públicas de formação de recursos humanos em saúde, acumulou certa maturidade intelectual e conceitual, servindo de referência para a formulação de novas ações de formação voltadas para os demais profissionais de nível médio que desenvolvem cuidados diretos à população.

Dentre as ações encampadas pelo Estado na atualidade existe o PROFAE, constituindo-se na mais recente proposta governamental para intervir na realidade da formação profissional de nível médio em enfermagem, congregando reivindicações, recomendações e aprendizados das propostas implantadas anteriormente, ressaltando-se que seus resultados apontam para certo redesenho do problema da profissionalização dos trabalhadores de nível técnico.

3. O PROFAE ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), teve início, em 2000, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

A iniciativa do Ministério da Saúde previu um investimento de US\$ 370 milhões em quatro anos, US\$ 185 milhões provenientes de empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento, somados a contrapartidas do Tesouro Nacional (US\$ 55 milhões) e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (US\$ 130 milhões).

Em 1986, a legislação sobre o exercício profissional da enfermagem determinou que em dez anos não deveria mais existir atendentes de enfermagem, ou seja, não poderiam mais atuar na enfermagem trabalhadores sem formação técnica. O Ministério da Saúde estimava que das 225 mil pessoas que executam serviços de enfermagem, cerca de 95 mil não possuíam sequer o ensino fundamental.

O PROFAE propunha-se a elevar a escolaridade dos trabalhadores de enfermagem e aperfeiçoá-los, regularizando a sua situação profissional por meio de cursos de complementação do ensino fundamental e qualificação técnica, observadas as novas diretrizes curriculares para a educação profissional.

Não há como tratar dos fenômenos relacionados à qualificação profissional na área de saúde, em especial dos trabalhadores de enfermagem, sem realizar uma busca histórica do processo de surgimento de trabalhadores não qualificados que estavam atuando de forma intensa na assistência à população, quer seja no setor privado, quer seja no setor público.

A profissionalização do atendente de enfermagem tornou-se um desafio histórico para o ensino dentro dessa categoria. A organização do trabalho de enfermagem sofreu perdas significativas com a introdução de um contingente numeroso de trabalhadores sem qualificação específica, causando desequilíbrio e desarmonia na composição da equipe, pois, com o desenvolvimento profissional, o atendente passou a ser um agente insuficiente para a prestação do cuidado cada vez mais complexo. (GEICILENE, 2007).

Segundo Barreira (1999), uma melhor compreensão da trajetória da enfermagem é necessária para a formação de uma consciência crítica que ultrapasse o conhecimento da história da profissão no Brasil. Como agente, em todos os processos inerentes à profissão, entende-se que

é do nosso empenho e da nossa consciência que depende a valorização de nossos papéis no movimento da história.

Refletindo sobre mudanças históricas na área de saúde, trazemos à tona o contexto da gestação de várias propostas inovadoras para a área de saúde. Sem deixar de associá-las às questões políticas, visamos captar e exhibir a presença de múltiplos atores com pensamentos transformadores, constituindo um jogo de forças em um momento de reorganização e mudança política na área da saúde no Brasil.

Para entendermos todo esse movimento é necessária uma abordagem histórica. Assim, podemos citar o processo de industrialização acelerada ocorrida no Brasil a partir dos anos 1950, que levou ao deslocamento do pólo dinâmico da economia, antes agrária, para os centros urbanos, o que originou um grande contingente de trabalhadores operários para serem atendidos pelo sistema de saúde. Nesta base econômica ampliada pela industrialização a partir de 1964, no âmbito da ditadura militar, aumenta fortemente o poder do Estado. As reformas empreendidas aumentaram sobremaneira a capacidade da intervenção estatal no campo social.

Entretanto, ao se deslocarem as relações entre o aparato estatal e as classes subalternas, de uma situação corporativa, que permita sua inclusão na cena política através, entre outras, das organizações sindicais e previdenciárias, para outra de caráter tipicamente assistencial. Passa a legitimar-se uma prática no campo das ações de governo, onde as classes subalternas são consideradas formalmente objeto passivo dos benefícios emanados de um estado que se autointitula moderno, tecnocrático e conhecedor das necessidades e interesses dessas classes. (BARROS SILVA, 1983)

Na metade da década dos anos 1970, o crescimento da atenção médica voltada à manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador, levou à conformação do modelo médico assistencial, que culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966. A intervenção estatal no campo da saúde, denominada “médico-assistencial-privatista”, teve como resultados: a exclusão da classe trabalhadora das decisões nesta área; a criação do INPS, que passou a gerir a assistência médico previdenciária, com centralização do processo decisório e, a orientação para compra de serviços ao setor privado de caráter médico - hospitalar (BARROS SILVA, 1983). Toda essa situação reforçou a necessidade de aumentar o contingente de trabalhadores para atuar na área de saúde, polarizando dessa forma a categoria dos médicos de um lado e de outro os atendentes de enfermagem.

Cordeiro (1980) assinala como significativas no período compreendido entre 1966 e 1974 as transformações dirigidas ao processo de capitalização da prática médica que articulava o conjunto das instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos) para a constituição do complexo médico-industrial. No engendramento desse complexo médico assistencial assiste-se, assim, à incapacidade do setor de formação de recursos humanos em saúde para atender à demanda dos serviços, não formando trabalhadores em número suficiente, possibilitando a entrada de pessoas sem a devida qualificação para atuarem como atendentes de enfermagem.

Diante de todas as transformações ocorridas no país, e considerando o processo de redemocratização a partir dos anos 1980, com o fervor das lutas e conquistas sociais, entre essas a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se nesse cenário a necessidade de uma atenção à saúde de maior qualidade em todos os níveis da assistência. Para tanto, as propostas de programas de formação e qualificação profissional passam a ser implementados como integrantes da Política Nacional de Educação Profissional.

Várias foram às propostas de qualificação profissional que o Estado brasileiro tentou implementar, Lima (2004) destaca que, em meados dos anos 1990, o setor de educação no Brasil sofreu uma ampla e discutível reforma do sistema brasileiro de ensino médio e profissional. Tal reforma, inspirada nas recomendações do Banco Mundial, visou a redução de custos na formação profissional, teve como objetivo construir um novo modelo de educação média que desvinculasse o ensino acadêmico do técnico profissionalizante e privilegiasse os cursos rápidos de qualificação profissional, enquadrados em uma modalidade de educação não formal, em detrimento de uma educação profissional especializada, prolongada e de elevado custo.

A situação descrita acima não atende a formação para área de saúde. Necessita essa área de formação específica dos seus trabalhadores, uma formação não apenas técnica, mas que possibilite formação completa, e deverá ser especializada, de forma a não colocar em risco a população a ser atendida. Assim, uma política pública de formação dos trabalhadores da área de saúde, ou qualquer outra proposição de melhorias para o país, não poderá ser atrelada somente a atender determinações finalísticas de organismos internacionais. Para, além disso, deverá proporcionar efetivas mudanças no cenário da assistência à saúde, assistência essa que não está determinada apenas à qualificação profissional de uma determinada categoria, e a proposta do

Projeto limita-se a isso, ou seja, qualificar trabalhadores da enfermagem para melhoria da assistência prestada nas unidades de saúde do SUS.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM – PROF AE

O Brasil através do Ministério da Saúde estabeleceu em 1997 a “*meta quadrienal de humanizar o atendimento nos serviços e de prover assistência à saúde sem riscos para os usuários*” (BRASIL, 1999). Dentre as ações para atingir a meta proposta está a qualificação dos trabalhadores da área de saúde, pois a partir de estudos realizados pelo Ministério da Saúde, bem como das Pesquisas por Amostra de Domicílios – PNAD, do IBGE, ficou caracterizada a existência de cerca de 225.000 trabalhadores na área de enfermagem que estavam trabalhando em serviços de saúde, públicos e privados, sem a devida qualificação e, em consequência desse fato, com risco de perder seus empregos.

Além da PNAD, as informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), apontavam que em 1997 os atendentes de enfermagem constituíam um contingente de 115.530 trabalhadores formais. (BRASIL, 2001)

A situação descrita levou o Ministério da Saúde a criar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, denominado PROF AE para ser desenvolvido, inicialmente, no período 1999–2003. Para o gerenciamento do PROF AE foi criada uma Gerência Geral do Projeto (GGP), vinculada à estrutura funcional da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde e subordinada diretamente ao Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde. Essa Gerência desenvolveu diversas atribuições, dentre elas: planejamento, coordenação, supervisão, avaliação e execução técnica e financeira do PROF AE. (BRASIL, 1999).

A criação do Projeto PROF AE pelo Ministério da Saúde teve por objetivo qualificar esses trabalhadores que exerciam uma profissão de forma irregular. Buscou: diminuir os riscos à população atendida; melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial nos estabelecimentos integrantes do SUS; criar condições de continuidade e sustentabilidade para os programas de formação de nível médio para a saúde, impedir que um novo contingente de

trabalhadores em situação irregular surgisse no futuro. Esses objetivos foram perseguidos através do fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde do SUS, através da promoção do desenvolvimento institucional da área de formação de nível médio para a saúde, com vistas a impedir que novas distorções pudessem acontecer no futuro. (BRASIL, 2001)

O Projeto foi estruturado em dois componentes, que expressam duas linhas de atuação: redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado para atuar no setor, e reforço do quadro normativo e de regulação na área da saúde, com a criação de condições técnico financeiras para a continuidade dos processos de formação técnica em saúde, em especial de pessoal auxiliar de enfermagem. (BRASIL, 2001)

O PROFABE trabalhou com a oferta de cursos de qualificação ou complementação. Estes eram destinados aos trabalhadores da área de enfermagem, empregados na rede pública ou privada de saúde e que estavam exercendo suas funções sem a devida qualificação profissional. Já nessa proposição está fundamentada a privatização do fundo público promovida pela proposta, como um projeto financiado com recursos públicos propõe-se a atender a qualificação dos trabalhadores da iniciativa privada, com a desculpa de melhorar a qualidade dos serviços ofertados. Esta é uma situação muito cômoda para o capital privado da saúde no país, manter em seus quadros trabalhadores qualificados sem ter que investir para isso, possibilitando o aumento da acumulação de capital à custa dos recursos públicos. É o Estado capitalista cumprindo seu papel de apoiador do modo de produção capitalista, utilizando a prestação de serviços da produção de valor de uso, próprio dos serviços de saúde, para aumentar os lucros do capital.

Na operacionalização do projeto houve o apoio à formação de turmas para os trabalhadores da área de enfermagem que ainda não possuíam o ensino fundamental, pré-requisito para a qualificação profissional, essa formação inicial foi realizada por meio de cursos oferecidos na modalidade de educação fundamental, com duração máxima de 18 meses. Como política para apoio à formação o PROFABE elegeu como prioridade a formação de turmas nos próprios locais de trabalho com o objetivo de facilitar a frequência do trabalhador às aulas, evitando a evasão. (BRASIL, 2001)

Os cursos de qualificação de auxiliar de enfermagem propostos pelo PROFABE tinham uma carga horária mínima de 1.110 horas, distribuídas em 12 meses de aulas práticas e teóricas e deveriam ser oferecidos por escolas que possuíssem experiência na formação de auxiliares de

enfermagem. Ao final do curso, os alunos deveriam receber um certificado de qualificação técnica de auxiliar de enfermagem.

O PROFAE, além de propor qualificação profissional para os trabalhadores de enfermagem estabeleceu outras linhas de ação, assim descritas: Formação Pedagógica para Docentes de Educação Profissional de Nível Técnico na Área de Enfermagem; Sistema de Certificação de Competências; Modernização das Escolas Técnicas do SUS e o Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem. (BRASIL, 2001)

A Formação Pedagógica para Docentes de Educação Profissional de Nível Técnico na Área de Enfermagem visava a atender às mudanças políticas, conceituais, legais e práticas propostas pela Reforma Educacional para a educação profissional, desencadeada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e seus instrumentos reguladores. A meta do PROFAE era formar 12 mil enfermeiros docentes para educação profissional de nível técnico, com uma formação pedagógica contextualizada em práticas sociais de saúde e enfermagem pautadas na reflexão crítica e voltada para a construção de competências profissionais referenciadas nestas práticas.

O estabelecimento do Sistema de Certificação de Competências era voltado para os egressos dos cursos de qualificação profissional técnica em auxiliar de enfermagem do PROFAE, como uma das estratégias propostas para assegurar a sustentabilidade das políticas e estruturas de educação profissional na área de saúde, em diversos níveis. A principal finalidade do sistema era reconhecer formalmente as competências demonstradas pelos egressos dos cursos na realização de suas atividades profissionais. As ações para certificação de competências foram implementadas a partir de avaliações realizadas junto aos egressos dos cursos. Tais avaliações, prioritariamente práticas, após aplicadas buscavam apreender a qualidade da formação ofertada aos trabalhadores, bem como estabelecer parâmetros de qualidade da assistência a ser prestada à população usuária do sistema de saúde. Na proposta do Ministério da Saúde, mais do que avaliar ou validar os conhecimentos adquiridos buscou-se reconhecer o saber em ação, tornando esse sistema um instrumento que confira visibilidade social às aprendizagens e ao trabalho desempenhado pelos trabalhadores formados (BRASIL, 2001a).

Na linha de ação Modernização das ETSUS, o PROFAE pretendeu promover o fortalecimento institucional e a capacitação técnico-gerencial das Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, buscando torná-los centros de referência para

formação em saúde nos níveis básico, técnico e pós-técnico da educação profissional. Além disso, o PROFAB buscou o desenvolvimento e consolidação de uma rede de instituições com capacidade técnico-pedagógica suficiente para atender às necessidades do setor saúde, adaptando-se continuamente às transformações do mercado e à implementação de políticas de saúde no Brasil, especialmente aquelas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Para o alcance dessa meta o MS criou a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), que articula trinta e seis escolas no Brasil, buscando o fortalecimento da educação profissional em saúde. No Estado de Roraima, em 2004, foi criada a ETSUSS/RR que é vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, sua atuação vem se dando a partir da oferta de cursos mediante projetos específicos aprovados junto ao MS. Todos os cursos que a Escola pretende oferecer para atender a formação dos trabalhadores de saúde em Roraima estão aprovados junto ao Conselho Estadual de Educação (CEE-RR), no entanto a Escola não dispõe de corpo docente e sequer orçamento próprio para execução dos cursos, mantendo-se à margem da formação técnica em saúde no Estado.

Na última linha de ação, Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem, o PROFAB propôs a elaboração e implantação de um sistema de informações sobre o mercado de trabalho e a formação de recursos humanos para o setor. Tinha como propósito reunir informações sobre os mercados de trabalho e os mercados educativos de pessoal auxiliar de enfermagem (bem como de ocupações correlatas da área de saúde) de maneira a produzir subsídios para orientar decisões da gerência geral e demais instâncias gerenciais do PROFAB. Estava previsto que esse acompanhamento fosse realizado em um estado de cada região do país, porém as dificuldades de operacionalização permitiram apenas a realização no Estado da Bahia, cujos resultados foram publicados pelo MS. Tal fato contribuiu para o não acompanhamento sistemático, do início ao final do projeto, o que dificultou a obtenção de uma visão geral do processo de formação e os reais impactos no mercado de trabalho da área de enfermagem (BRASIL, 2001).

As informações reunidas por esse Sistema estariam disponíveis para agentes educadores, escolas, empregadores e outros organismos públicos ou privados, para orientar suas decisões de treinamento, emprego e utilização de pessoal qualificado na área. Com o acompanhamento dos sinais dos mercados de trabalho e da formação profissional, o sistema permitiria ao Ministério da Saúde e demais agentes governamentais e não governamentais interessados no tema, o monitoramento dos impactos do PROFAB sobre esses mercados, bem como avaliar a necessidade

da adequação das estruturas e processos de regulação da formação e exercício profissional na área. (BRASIL, 2001)

Considerando o impacto que o PROFAB buscou atingir desde sua proposição, verificou-se sua amplitude como sendo de grande porte e audaciosa. O objetivo é descobrir os impactos do Projeto nas condições vida e trabalho dos trabalhadores atendidos na cidade de Boa Vista. Desta forma quem seriam esses trabalhadores? Como poderiam acessar os cursos?

Para a participação dos trabalhadores, o PROFAB estabeleceu critérios, que foram assim determinados:

- 1- Possuir registro no PIS/PASEP e registro em carteira de trabalho ou declaração do empregador comprovando que o trabalhador atuava na área de enfermagem, e
- 2- Estar empregado, tendo sido contratado anteriormente a 1999, mas não ter realizado ou concluído o curso de auxiliar de enfermagem; ou
- 3- Estar desempregado no momento, mas já ter trabalhado na área de enfermagem por no mínimo 18 meses, entre 1º de janeiro de 1996 e 31 de dezembro de 1998. (BRASIL, 2001, p.19)

Na concepção da proposta de execução do projeto, o Ministério da Saúde (MS) lançou mão dos dados existentes no IBGE e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), para assim identificar, o nível social a que esses trabalhadores pertenciam; no cruzamento de dados que já existiam com os dados do primeiro cadastramento foi constatado que a maioria dos trabalhadores alcançavam uma base salarial de no máximo 2 salários mínimos, e a grande maioria tinha escolaridade de até no máximo o 1º grau, hoje ensino fundamental. Os dados puderam apresentar assim uma realidade sombria, mas que não era desconhecida, uma vez que o cadastramento realizado no período de 1998 a 1999 atingiu as 27 unidades da federação, e os dados do MTE e IBGE apontavam anualmente a situação de trabalho, emprego e ocupações, tanto na iniciativa privada quanto na pública. Mesmo assim, durante muito tempo nada fora feito para mudar as relações de emprego e condições de trabalho desses trabalhadores, que historicamente como já visto anteriormente, surgem no cenário produtivo para atender às demandas do capital, o qual com a ampliação das indústrias, precisava e precisa de uma retaguarda para atendimento às necessidades de saúde dos trabalhadores, e como não houve tempo necessário para o preparo dessa mão-de-obra, colocou-se no mercado pessoas com pouco ou nenhuma preparação para atender no setor de saúde. Possivelmente, o empréstimo junto ao Banco Mundial para a realização do projeto está inserido dentro das propostas do receituário neoliberal, que, totalmente atrelada à globalização, impõe suas regras de apoio aos países em desenvolvimento.

Sabe-se da necessidade de melhor preparar o trabalhador para atender às demandas da sociedade. A proposta apresentada através do PROFAE, de uma forma fetichista, se mostra como um movimento revolucionário, utilizando para isso os altos números de profissionais a serem atendidos pelo Projeto. Tal situação não poderá ser vista como uma proposta crítica e revolucionária, uma vez que é apresentada no momento de intensa reestruturação do capital, contribuindo sobremaneira para o fortalecimento de setores privados, na saúde e na educação.

Desta forma, a proposição de um projeto audacioso como o PROFAE, que buscou atingir metas nunca antes alcançadas no campo da formação e qualificação de trabalhadores da área de saúde, mesmo visto como revolucionário, não na sua essência, mas no atendimento e atingimento de metas, requer um olhar que possa tentar identificar a sua relação com o capitalismo na contemporaneidade, para que não passe despercebido que intenções uma proposta de tal magnitude pode trazer na sua essência.

3.2 PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM – PROFAE: POLÍTICA PÚBLICA DE INTERESSE DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

Como já visto, a proposição do PROFAE dá-se em meio à reestruturação do capital na contemporaneidade, situação essa caracterizada pela flexibilização do emprego, financeirização do capital, orientações essas provenientes do receituário neoliberal iniciado no final da década de 1970, implementado nos anos 1980 e consolidado durante os anos 1990. Para Harvey (2008) todas essas transformações caracterizam a reestruturação produtiva, entendida como processo de transformações técnicas, econômicas e sociais que se efetiva no interior do padrão convencional da produção de massa, que passa a influenciar e sofrer influencia do processo de globalização da economia. Entendido, nessa perspectiva, como conjunto de mecanismos e instrumentos de aprofundamento e generalização do padrão capitalista dominante de produção, distribuição e consumo de bens e serviços.

CÊA e outros (2007) enfatiza que diante das orientações neoliberais de descentralização das ações estatais e de crescente restrição de verbas para os setores sociais, coube ao Estado brasileiro buscar formas políticas e financeiras de enfrentamento da questão da frágil formação profissional dos trabalhadores da área de enfermagem que não representassem ampliação da

esfera pública, nem impacto sobre o orçamento do Estado. A resposta política e financeiramente adequada aos preceitos políticos e econômicos do neoliberalismo resultou na formulação do PROFAE, em 1999.

Na concepção do PROFAE, enquanto política pública, o Ministério da Saúde apontou como *issues* que justificaram sua concepção: “*a falta de qualificação dos trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de Saúde, no campo da Enfermagem, risco de desemprego em consequência do exercício ilegal da profissão e o risco a que a população estava submetida pela baixa qualidade das ações desempenhadas por estes trabalhadores.*” (BRASIL, 2006).

As questões (*issues*) acima enumeradas, nada mais fazem do que travestir o Projeto para atender aos ditames do regime de mudanças impostas pela política neoliberal, portanto inteiramente comprometido com as propostas do modo de produção capitalista na contemporaneidade, ao satisfazer todas as orientações da reforma política do Estado. Os aspectos que confirmam a afirmação acima se consubstanciam na adoção do discurso da descentralização gerencial das ações do Estado, envolvendo governo federal, estadual e municipal para consolidação das ações do Projeto. Ações essas subsidiadas pela aceitação de empréstimo junto ao BID, reforçando a tese de privatização do fundo público para execução do Projeto (NORONHA e SOARES, apud CÊA e outros, op. cit), pois mesmo que quisesse executá-lo apenas com as escolas públicas de formação na área de saúde isso não seria conseguido, já que essas respondem com menos de 20% do total de vagas ofertadas para qualificação profissional na área de saúde. As demais vagas, ou seja, mais de 70%, são ofertadas pela iniciativa privada (BRASIL, 2003), consolidando assim o ciclo de fortalecimento da acumulação do capital nas mãos de quem só explora o trabalhador.

Comparativamente, ao analisar-se o PROFAE e o PLANFOR⁸ verifica-se que a iniciativa de qualificação dos trabalhadores de enfermagem supera apenas o PLANFOR no aspecto da certificação ao término do curso realizado pelo PROFAE. No entanto, o seu conteúdo (*policy*), o seu processo (*politics*), suas demandas e apoios (*inputs e withinputs*) e resultados (*outputs*), em nada diferiram do PLANFOR. Como principal identidade de ambos, e que confirma a aceitação

⁸ PLANFOR – Plano Nacional de Formação Profissional. Trata-se de uma política do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), formulada no âmbito da então Secretaria de Formação Profissional (SEFOR) no ano de 1995 e efetivamente implementada a partir de 1996 até o ano de 2002. (LIMA, op cit).

das reformas políticas do Estado capitalista contemporâneo apoiador do receituário neoliberal, está à fundamentação dos referidos projetos nos princípios da descentralização dos recursos financeiros e da participação da sociedade civil na execução de ações que deveriam ser realizadas pelo Estado (LIMA, 2004). Para o MS a descentralização proposta no PROF AE poder ser comparada à descentralização do SUS, descentralização essa caracterizada pelo aumento de poder de decisão para os municípios gerirem o sistema local de saúde. A descentralização do PROF AE diz respeito tão somente a possibilidade da execução dos cursos serem realizados por instituições formadoras, as quais não concorriam pelo menor preço mas tão somente pela comprovação de qualidade na formação de recursos humanos. A descentralização também aponta a necessidade da existência de um ente externo que faria a supervisão da execução dos cursos nos Estados, como forma de garantir a qualidade dos cursos (SÓRIO, 2002).

Verificamos assim que a descentralização aludida não vai ao encontro dos anseios do SUS, mas tão somente atende as reformas implementadas pelo receituário neoliberal que o Brasil vem sofrendo desde o início dos anos 1980. Essa situação melhor se configura quando o registro de avanços alcançados pelo PROF AE traz de forma dissimulada que a participação de empresas privadas na formação de recursos humanos para o setor saúde atende inclusive o disposto na Constituição Federal que, juntamente com o conjunto de leis que regulamentam o SUS, permitiu a participação da iniciativa privada na assistência à saúde; confirmando sobremaneira a fetichização do Estado capitalista que atende as demandas desse modo de produção ao transferir recursos públicos para a iniciativa privada.

Aponta-se ainda, que todo o movimento ocorrido na área da educação profissional no Brasil, particularmente em meados dos anos 1990, caracterizou-se por uma ampla e discutível reforma do sistema de educação no nível médio e profissional, esta inspirada nas recomendações do Banco Mundial e visando, principalmente, a redução de custos, buscando desvincular o ensino acadêmico do técnico-profissionalizante. (LIMA, op cit).

Concorda-se com Cêa e outros (op cit) ao afirmar que o PROF AE, a exemplo do PLANFOR, vem colaborando com a paulatina privatização do fundo público, ao canalizá-lo para instituições privadas, sob o argumento da descentralização gerencial, para um espaço em que a competitividade transforma serviços em mercadorias, direitos em interesses, como se o espaço do político e do público tivesse se metamorfoseado num grande e totalizante mercado.

Esse modo de ser e existir do PROFAE, enquanto política pública de formação profissional para área de saúde, não pode querer diminuir a importância e a urgência de uma efetiva política de elevação dos níveis de formação dos trabalhadores da saúde, em especial daqueles que compõem seu principal contingente e que desempenham funções auxiliares da enfermagem. Não há dúvida quanto ao direito do usuário a um atendimento de qualidade e que esse direito passa por uma formação de qualidade dos profissionais de enfermagem.

Dessa forma, o direito a uma assistência de qualidade passa pelo entendimento e, necessário, respeito ao direito dos trabalhadores de acesso a oportunidades de formação inicial e em serviço com qualidade. Mas a garantia desses direitos não pode onerar o poder público em função do desrespeito e da falta de responsabilidade de gestores públicos e privados que contratam pessoal sem a devida formação para atuar na enfermagem.

Para além das questões propostas e já avaliadas sobre o impacto do projeto na qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, serão analisados os impactos do Projeto na vida dos trabalhadores atendidos pela proposta na cidade de Boa Vista – RR, seus avanços ou retrocessos, confirmando ou não tratar-se de uma proposta que possa dar maiores oportunidades a esses trabalhadores.

4 O PROFAE NA CIDADE DE BOA VISTA – RORAIMA: AVANÇOS OU RETROCESSOS?

A história da enfermagem no mundo, no Brasil e em alguns estados brasileiros tem sido objeto de pesquisa de muitos estudiosos, pesquisadores e cientistas ligados a área, dentre esses pode-se citar, Germano (1983), Silva (1986) e Paixão (1979). Além dessas publicações muitas são as dissertações e teses que buscam retratar toda a origem da formação do profissional de enfermagem.

Para uma ênfase mais próxima da realidade da formação da enfermagem nos locais mais ao norte do nosso país pode-se citar Elvas (2001), com a publicação *O ensino da enfermagem no Estado do Amazonas*, que retrata o papel da Escola de Enfermagem de Manaus, a qual foi implantada sob a responsabilidade da F-SESP nos anos de 1951. A proposta de formação dessa Escola utilizou durante muitos anos a orientação da Escola Anna Nery do Rio de Janeiro, formando as denominadas “enfermeiras padrão”, sistema esse baseado nos ensinamentos de Florence Nightingale, considerada a precursora da enfermagem moderna, pois adotou princípios científicos para o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes. A Escola de Enfermagem de Manaus contribuiu de forma direta para a formação de auxiliares de enfermagem no Estado do Amazonas e Roraima.

Não se encontram registros de pesquisa científica histórica sobre a formação dos trabalhadores de enfermagem no Estado de Roraima, por isso acredita-se ser o início de um longo caminho na construção dessa caracterização do que seja formar o trabalhador de enfermagem num dos estados mais jovens do Brasil.

Na caracterização da formação do trabalhador de saúde no Estado de Roraima há que se fazer uma reconstrução histórica de como iniciou a assistência à saúde nesse Estado. A forte influência católica presente desde a época da colonização trouxe ao extremo norte do Brasil a ordem dos beneditinos. Essa ordem foi responsável pela construção e administração do primeiro hospital aqui existente, o Hospital Nossa Senhora de Fátima. Por muitos anos esse fora o único hospital que atendeu à população residente nesse extremo norte do país, sempre sob a administração dos beneditinos. Posteriormente, 1948, assumem a missão do Rio Branco as irmãs Missionárias da Consolata, que até os dias de hoje permanecem no Estado de Roraima. O Hospital Nossa Senhora de Fátima funcionou até 1985, segundo Araújo (2006)

O encerramento de suas atividades deu-se num contexto em que as relações entre os missionários da Consolata e os grupos políticos locais chegaram a um impasse. Esse impasse vinculou-se à configuração de um contexto que colocou em xeque interesses relacionados a não demarcação das terras indígenas e a consequente manutenção das fazendas e garimpos existentes em território indígena. As relações entre os missionários da Consolata e os grupos políticos locais começaram a se deteriorar a partir da mudança de percepção, no decorrer dos anos setenta, por parte dos missionários, no que se refere às relações entre índios e não-índios. (p. 172)

Na busca de registros sobre a formação de profissionais de enfermagem no Estado de Roraima encontram-se relatos da formação de atendentes de enfermagem executada pelas irmãs da Consolata, as quais chegaram à região por volta de 1948. Conforme ARAÚJO (2006), as práticas missionárias dessas irmãs passaram por um processo de reformulação abandonando os pressupostos ultramontanos⁹ e assumindo novas reelaborações a partir do Vaticano II e da Teologia da Libertação na América. Esta nova reelaboração da teologia teve suas implicações na prática missionária levando os Missionários da Consolata a assumirem novos critérios na sua relação evangelizadora junto aos povos indígenas: *“partir das malocas e não das fazendas; ouvir os índios e não logo falar a eles; índio e não caboclo; trabalhar primeiro para a maloca e depois para o fazendeiro e não enfrentar o branco sozinho”* (p. 110). A autora mostra como a partir destes novos paradigmas pastorais a Igreja de Roraima e os Missionários da Consolata comprometem-se com a luta pela causa indígena especialmente pela demarcação de terras indígenas e a formação e organização política dos povos indígenas. Neste contexto de reaproximação das fronteiras (índios e não índios/missionários (as)) estabelecem-se, segundo a autora, *“os termos constantes do que poder-se-ia chamar de gramática da ‘cultura indígena’. Ou seja, neste contexto, missionários e índios estabeleceram códigos que tornaram possível o envolvimento das duas partes no que eles denominam a ‘luta pela causa indígena’, cujos elementos fundamentais repousam basicamente em dois pilares: o dos direitos fundamentais (terra, saúde, educação, etc.), no qual a demarcação das terras indígenas ocupa um lugar central, e o da ‘cultura indígena’”(p. 119).*

É a partir da assistência à saúde das populações indígenas que a Missão Consolata passa a atuar na área de saúde. Entre as irmãs havia enfermeiras, professoras, administradoras, técnicas e auxiliares em enfermagem. Além de atuarem junto às populações indígenas passaram a atuar nos hospitais da cidade de Boa vista, onde deram início à preparação de atendentes de enfermagem

⁹ Ultramontano – ref. Ultramontanismo, defesa do pleno poder papal.

In: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_ultramontanismo.htm . Acesso em 15/04/2009.

dentro das próprias unidades de saúde, com treinamento em serviço, com cursos de 120 horas, bem como cursos de 70 horas voltados para atendimento de primeiros socorros. (COREN-RR, 1994)

A guisa de se poder fazer uma contribuição inédita, e para não correr riscos de não atingir os objetivos propostos, trabalhar-se-á com formação do trabalhador de enfermagem na cidade de Boa Vista, possibilitando assim a identificação de impactos do PROFAE na vida dos trabalhadores atendidos pelo Projeto nessa cidade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA CIDADE DE BOA VISTA

A palavra Roraima é de origem indígena, vem de *Roro-imã*, que significa monte verde, na língua indígena pémon (ingarikó), o nome do Estado é uma referência ao Monte Roraima. Transformado em território nacional em 1943, a área do Rio Branco antes pertencia ao estado do Amazonas, passou a ser chamado Roraima em 1962 e tornou-se Estado em 1988 com a promulgação da Constituição.

O Estado de Roraima tem uma extensa área de fronteira, ao leste e ao norte com a República Cooperativista da Guiana, ao norte e a oeste com a Venezuela e ao sul e a oeste com o estado do Amazonas e ao Leste com o estado do Pará. Além de ligar-se os demais estados do país, através da BR-174, a exemplo do Estado do Amazonas, o faz também com o vizinho país da Venezuela. Os rios são pouco navegáveis e a outra opção de sair é através de linhas aéreas, atualmente com apenas dois vôos diários. Possui uma área de 224.298,98 km² distribuída entre os 15 municípios, com 395.725 habitantes em 2007, segundo contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o qual resulta numa densidade demográfica de 1,76 hab./km². Cerca de 65% da população está concentrada na capital Boa Vista por ser este um centro dinâmico do Estado e ofertar uma maior quantidade de bens e serviços públicos e privados.

Segundo o Governo do Estado de Roraima (SEPLAN 2008, p. 6-8), o PIB – Produto Interno Bruto do Estado de Roraima ocupa o último lugar no *ranking* nacional, com o valor de R\$ 3.179 milhões em 2005, o que representa uma participação de 0,15 % no PIB do Brasil e 2,98 % no total da Região Norte. O PIB de Roraima alcançou um crescimento real, no período entre 2002 a 2005, de 14,1 %. No ano de 2005, o crescimento do PIB foi de 4,4% decorrente da expansão do comércio de

veículos e motocicletas; pelos serviços de informação, cujo crescimento está relacionado com a expansão da rede de telefonia no estado; pelos serviços de alimentação e alojamento, devido ao aumento dos estabelecimentos ligados à produção de alimentos e pela expansão de 20% do pessoal ocupado nessa atividade.

A administração pública ainda permanece como principal atividade econômica do Estado, enquanto que a atividade agrícola apresentou uma variação de (-25,8 %) no seu valor adicionado, devido a produção de arroz ter sofrido uma queda de 12,6 %. O comércio e serviços de manutenção e reparação participam com 10,9 % do total do valor adicionado do Estado. Os principais segmentos que se destacam nessa atividade são o comércio de veículos, motocicletas, partes e peças (11,2 %), o setor de hipermercados e supermercados (13,9 %), o comércio de combustíveis e lubrificantes (10,7 %) e o de material de construção (8,2 %).

O setor primário da economia de Roraima é composto principalmente, pelos cereais (30,1 %) e pela lavoura temporária (43,4 %) e participa em 7,7 % do PIB roraimense. Faz parte do setor Secundário, o segmento da construção (57,6%), da indústria (26,9%), eletricidade e água (14,6%) e a indústria extrativa mineral (0,85%). Na indústria de transformação, a fabricação de alimentos e bebidas participa com 34,5 %, os produtos de madeira, exclusive móveis com 15,7%, a produção de móveis e produtos de indústrias diversas com 14,9 % e demais indústrias com 35,0%.

O setor de serviços é responsável por 81,3 % da economia roraimense, tendo como principais segmentos a administração pública uma participação de 59,6 % nesse setor, o comércio de Roraima participa com 13,4 %, as Atividades Imobiliárias com 9,9 %.

Nos anos 1970 e início dos anos 1990 foi grande a exploração de ouro nas terras do estado, principalmente na área indígena Yanomami, o que deu ao estado um *boom* no crescimento populacional em decorrência da grande migração de pessoas de várias áreas do país para explorar o minério. Tal situação proporcionou à capital Boa Vista uma explosão de sua população urbana, contribuindo sobremaneira para o surgimento de um cinturão de pobreza na cidade (AGOSTINHO, 1993)

Essa explosão do contingente populacional contribuiu para o aumento das demandas nas áreas de saúde, educação e segurança, e comprometeu a atenção prestada à população nessas áreas. Essa realidade tornou-se mais devastadora em decorrência do fechamento das áreas de garimpos nas terras yanomami. Tal realidade fez com que a maioria dos garimpeiros e suas famílias buscassem a cidade de Boa Vista como local de moradia, propiciando o surgimento de aglomerados populacionais sem infraestrutura adequada, aumentando o número de casos de

doenças de transmissão por vetores e agravos a saúde por causas externas, tais como ferimento por arma de fogo e arma branca, acidentes de trânsito, que até hoje se mantêm em alta nas estatísticas epidemiológicas do estado. (RORAIMA, 2006)

A assistência à saúde da população é principalmente prestada pela iniciativa pública, estadual e municipal. A iniciativa federal é responsável no estado apenas pela assistência à saúde das populações indígenas, a qual fica a cargo de instituições terceirizadas contratadas pela Fundação Nacional de Saúde, FUNASA. Nesse aspecto, conforme dados do DATASUS (Setembro/2008), a capital Boa Vista possui 53,87% das unidades de assistência à saúde de todo o Estado de Roraima.

A formação dos profissionais de enfermagem no Estado de Roraima, em especial na cidade de Boa Vista, é ainda incipiente. Na análise de documentos do Conselho Estadual de Educação de Roraima, verificou-se que apenas no início da década de 1970 houve a iniciativa por parte do Estado de Roraima em formar técnicos de enfermagem, quando apenas uma única turma foi oferecida, não sendo, depois, mais nenhuma ofertada. (Roraima, 1975)

Historicamente as missionárias da Consolata contribuíram na preparação de trabalhadores para a área de saúde do estado. Realizaram inúmeros treinamentos para a preparação de atendentes de enfermagem que passaram a atuar na assistência aos pacientes internados nas poucas unidades existentes na capital¹⁰.

Ressalta-se que esses atendentes de enfermagem, na grande maioria, trabalhadores contratados para atuarem nas mais diversas funções, desde agentes de portaria a auxiliar operacional de serviços diversos, atendiam às necessidades do então Território Federal de Roraima com status de servidores públicos federais, depois foram realmente efetivados como servidores públicos federais. Por não possuírem cursos específicos na área de enfermagem eram contratados de acordo com o nível de escolaridade que possuíam. A normatização das funções desses trabalhadores seguia as orientações do Governo Federal, as quais eram emanadas pelo Departamento Administrativo do Serviço Público, DASP¹¹.

¹⁰ Histórico do trabalho no campo da saúde realizado pelas irmãs missionárias da Consolata em Roraima, sd. In: SOUZA, J. S de. Saúde em Roraima: do parto em casa à assistência de hoje. Universidade Federal de Roraima. Centro de Comunicação e Letras. Monografia, 2006.

¹¹ O DASP foi efetivamente organizado em 1938, com a missão de definir e executar a política para o pessoal civil, inclusive a admissão mediante concurso público e a capacitação técnica do funcionalismo, promover a racionalização de métodos no serviço público e elaborar o orçamento da União. O DASP tinha seções nos estados, com o objetivo de adaptar as normas vindas do governo central às unidades, permaneceu ativo até início dos anos 1990, foi

Durante muitos anos a certificação dos trabalhadores de enfermagem deu-se através das provas de suplência profissionalizante, as quais eram realizadas pela Secretaria de Estado da Educação. O pré-requisito para os que deveriam fazer a suplência para auxiliares de enfermagem era estar no nível do 1º Grau (hoje ensino fundamental) completo ou incompleto e dois anos de experiência comprovada na área de enfermagem. Para os trabalhadores que pretendiam fazer a prova para técnico de enfermagem deveriam possuir o 2º Grau (hoje ensino médio) completo ou em fase de conclusão e comprovar dois anos de experiência atuando na área de enfermagem. Esses exames estavam regulamentados pela Resolução 07/77, de 18 de abril de 1977 do então Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1989 p. 213).

Tal situação ocorreu até os últimos anos da década de 1990, pois a Lei 9.394/1996 extinguiu a realização dessa forma de regularização da situação dos trabalhadores de diversas áreas; na atualidade poderão ser aproveitados os saberes e práticas advindos do mundo do trabalho, mas esses deverão ser realmente avaliados pela escola durante a formação desse trabalhador, e não apenas através de uma prova, para assim poderem ser certificados.

Foram muitas as estratégias utilizadas pelo Governo Brasileiro para regularização da situação dos trabalhadores de enfermagem. Dentre essas estratégias podemos citar o Projeto Larga Escala de iniciativa do Governo Federal realizado em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde no âmbito de todos os estados da federação. Teve como premissa prover o treinamento em massa dos trabalhadores de nível médio da área de saúde que não possuíam formação adequada para o exercício da profissão. O Projeto Larga Escala proposto a partir dos anos 1980, se configurou como uma prática inovadora, mas não se consolidou como processo permanente de formação, mesmo trazendo pressupostos importantes como a integração ensino-serviço, metodologia problematizadora e currículo integrado¹². No entanto tais iniciativas não chegaram de forma efetiva ao Estado de Roraima, contribuindo sobremaneira para que a assistência na área de enfermagem se desse por pessoas sem a qualificação necessária.

No início da década de 1990 por iniciativa da prefeitura Municipal de Boa Vista, através da Fundação de Ciência Educação e Cultura, FECEC, foi oferecido o curso de formação de auxiliares em enfermagem, numa parceria estabelecida com a Escola de Enfermagem de Manaus.

responsável para juntamente com programas específicos do governo realizar a adequação e normatização dos recursos humanos (Costa, 2008).

¹² Para maior entendimento do Projeto Larga Escala ler: BASSINELLO, G. A. H. **PROJETO LARGA ESCALA: análise histórica e compreensão dos resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo**. Campinas, São Paulo, 2007. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

Essa parceria formou duas turmas nos anos de 1991 e 1992, num total de 62 alunos, os quais eram na sua maioria trabalhadores das diversas unidades de saúde da cidade.

Após essa iniciativa, a formação de trabalhadores de enfermagem na cidade de Boa Vista foi retomada a partir de 1994, com a implantação de cursos de iniciativa privada. Essas empresas tiveram autorização do Conselho Estadual de Educação de Roraima, CEE-RR. Os cursos permaneceram ativos até 1998, quando encerraram suas atividades, conforme documentos do Conselho Estadual de Educação do Estado de Roraima, CEE-RR.

No ano de 1998, outra empresa privada iniciou a formação de auxiliares em enfermagem, essa permaneceu ativa até 2002. Ainda em 1998 o Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima, CEFET-RR, deu início à formação de técnicos em enfermagem e mantém o curso até os dias de hoje. A Instituição forma técnicos em enfermagem, tendo em sua proposta a formação inicial de auxiliar em enfermagem. O curso atende à comunidade em geral e os trabalhadores de enfermagem que não possuem qualificação ou habilitação específica. Para tanto, mantém convênio com o Governo do Estado de Roraima e com a Prefeitura Municipal de Boa Vista.

O CEFET-RR, no período de 2000 a 2004, realizou a formação de 238 auxiliares de enfermagem dentro da iniciativa do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem, PROFAE. A Instituição, dentro da parceria estabelecida a partir do convênio assinado foi à executora do Projeto, atendendo a dez dos quinze municípios do Estado de Roraima, com turmas na capital, e de forma descentralizada em mais três municípios.

Além dessas iniciativas citadas, na atualidade outras empresas privadas autorizadas pelo Conselho Estadual de Educação do Estado de Roraima (CEE-RR) a realizarem formação de técnicos em enfermagem no Estado de Roraima.

Em 2008 a Escola Técnica de Saúde do Sistema Único de Saúde em Roraima, ETSUS/RR, a partir de um convênio assinado com o Ministério da Saúde passou a realizar a Complementação de Qualificação Profissional do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem, CQP-PROFAE, formação que está em andamento. A proposta está voltada exclusivamente para auxiliares em enfermagem que estão atuando nas unidades de saúde do estado de Roraima, os trabalhadores atendidos nessa habilitação têm que possuir cadastro junto ao Ministério da Saúde.

Ao serem analisadas as informações até aqui expostas, no que diz respeito à formação do profissional dos trabalhadores de enfermagem no Estado de Roraima, considerando a trajetória

histórica da profissão no mundo, no Brasil e agora especificamente em Roraima vê-se que são coincidentes os acontecimentos e situações impostas pelo sistema econômico e educacional, além das próprias condições de existência da profissão na sociedade. Ao se pontuarem tais situações e acontecimentos chama à atenção a organização dos serviços de enfermagem no estado, iniciado por irmãs religiosas, seguida da admissão de pessoas sem o devido preparo para exercerem a enfermagem; as demandas da sociedade impõem a necessidade de aumentar o número de trabalhadores no setor saúde para garantir a reprodução da força de trabalho no capital.

Quanto à formação vemos o descaso do estado em manter o mínimo de instituições públicas responsáveis pela formação técnica do profissional de saúde e em especial do trabalhador de enfermagem. No caso em questão, o PROFAE visto como uma política pública, além de buscar a formação dos trabalhadores, traz no seu bojo o fortalecimento de instituições formadoras, como as ETSUS. No entanto, embora criada desde 2004, a ETSUS/RR só passa a atender os trabalhadores de enfermagem em 2009. Mas uma vez o fortalecimento pretendido pelo PROFAE para essas escolas não se consolida como uma efetiva política pública, mantendo a margem a prioridade de formar os trabalhadores com qualidade, podendo comprometer, sobremaneira, a qualidade da assistência a ser prestada a população.

Diante de tantas idas e vindas é necessário que se faça uma busca para identificar se, para além da melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, os trabalhadores atendidos pelo projeto tiveram impactos efetivos na sua vida enquanto profissionais e cidadãos.

4.2 O PROFAE EM BOA VISTA: IMPACTOS NAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O PROFAE, projeto proposto pelo Ministério da Saúde e executado em todo o Brasil, apresenta-se como uma política pública inserida na área da formação técnica em saúde tendo atingido números nunca antes vistos no país, tais como a qualificação de quase 200 mil auxiliares de enfermagem, a formação docente de quase 12 mil enfermeiros (BRASIL, 2001). Sua capilaridade e metas alcançadas tem sido objeto de pesquisas e elogios por parte de autoridades nacionais e internacionais.

Busca-se aqui identificar os impactos que esse Projeto proporcionou na vida dos trabalhadores de enfermagem atendidos pela proposta. Para tanto não se pode esquecer que o

objetivo primordial do PROFAE era contribuir para melhoria das condições de atendimento nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. Para Tronchim et alli (2005, p. 77) ao se falar em qualidade em saúde é preciso citar a atuação da enfermeira inglesa Florence Nightingale que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde , em 1854, durante a guerra da Criméia. O tema qualidade nos serviços de saúde começou a ser tratado no início do século XX, nos Estados Unidos da América, pelo Colégio Americano de Cirurgiões; esse utilizava padrões mínimos de avaliação da qualidade dos cuidados prestados os pacientes hospitalizados. Essa preocupação com a qualidade advém do contexto industrial, cujo foco principal foi a elaboração de métodos de controle de qualidade.

Tendo em vista as características do processo de trabalho da área de saúde a qualidade desses serviços apresenta um significado particular que o diferencia das demais atividades envolvidas na produção de bens de serviços. A prestação da assistência a saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais com formações distintas, contribui para certa dificuldade no trabalho em equipe. Donabedian (1992, p. 382-404) aponta que a qualidade no setor saúde “*é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco para o paciente/cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores existentes*”.

Na análise da qualidade da assistência no setor saúde é preciso considerar a qualidade de vida daqueles que executam o cuidado em saúde, dentre esses estão os profissionais de enfermagem.

A expressão qualidade de vida tem sido referida, tanto no momento de vida dos indivíduos em sociedade, como no momento de trabalho, entendendo, no entanto, que esses se constroem mutuamente (FELLI, 2005 p. 89). Padilha e Souza (1999) apud Felli (op cit ibdem) dizem que o trabalho é percebido como significativo e imprescindível na concepção da qualidade de vida, pois, segundo os autores, é necessário que o trabalhador sinta-se importante e produtivo, contribuindo para o mercado de trabalho, e, também, usufrua dos seus benefícios em termos de bens materiais e realização dos seus desejos.

A natureza abstrata e subjetiva do termo implica diversos significados atribuídos aos conhecimentos, experiências e valores, tanto individuais como coletivos. Essas abordagens contemplam dimensões contidas no momento histórico, na classe social e na cultura a que pertencem esses indivíduos. Desta forma, o tema qualidade de vida pode ser retratado e discutido

sob inúmeros aspectos e pontos de vista, levando, a ter que se realizar amplos debates sobre o conceito e sua aplicabilidade. Considerando as abordagens que existem sobre qualidade de vida, esse tema está ligado à categoria trabalho. Na abordagem sobre a qualidade de vida no trabalho em enfermagem Felli (op cit, p. 93) aponta que são escassas as pesquisas sobre esse tema.

Nas pesquisas existentes sobre qualidade do trabalho em enfermagem, vê-se os resultados demonstrados, em algumas pesquisas, que a qualidade de vida no trabalho em enfermagem apresenta-se prejudicada em decorrência de uma remuneração salarial inadequada, desequilíbrio entre o processo de trabalho e a vida extra organização, ausência de perspectiva de ascensão na carreira, estrutura organizacional burocrática e escassez de recursos humanos.

Em outra pesquisa ficou evidenciada a necessidade de repensar o processo de trabalho, o envolvimento dos diversos trabalhadores na concepção e execução da assistência de enfermagem e a implementação de medidas que contribuam para melhorar a qualidade de vida no trabalho, como jornada de trabalho única, a implementação de planos de capacitação que atendam às necessidades dos profissionais e o monitoramento periódico da saúde dos trabalhadores.

Numa outra pesquisa, que buscou apreender como os trabalhadores de enfermagem percebiam a qualidade de vida no trabalho, a maioria respondeu, que a organização do trabalho surge como uma relação intersubjetiva e social, pensar em qualidade de vida no trabalho é pensar em quem executa o trabalho e em propostas que possibilitem ao trabalhador mais autonomia, uma prática crítica e reflexiva, que possa mostrar seu potencial sem preocupar-se somente com a produção. (FELLI, op cit, p. 93-7).

Considerando o que apontam essas pesquisas, Silva e Massarollo (1998, p. 283-6), ao analisarem as condições de vida dos trabalhadores de enfermagem, tendo por pressupostos o momento histórico determinado de qualquer análise que possa ocorrer, apontam que

... a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, como um grupo social específico [...] resulta das contradições existentes entre os aspectos saudáveis e protetores que esse grupo desfruta e os aspectos destrutivos que de que padece, de acordo com sua inserção histórica e específica na produção em saúde, portanto é nas condições da reprodução social que a qualidade de vida é gerada.

Para as autoras, no momento produtivo, podem ser enumerados como perfil favorável: possibilidade de integração social e gregarismo humano, aprendizagem, não só de conhecimento, mas as relações sociais, formação de uma identidade social e pessoal, desenvolvimento e utilização de capacidades humanas. Como perfil destrutivo depreende-se: alienação,

subordinação e, hierarquização, falta de autonomia e criatividade, exposição às sobrecargas e subcargas, alta rotatividade em postos de trabalho e a desarticulação de defesas coletivas (op cit ibdem).

Enquanto trabalho que se insere no setor de prestação de serviços de saúde, há que se reconhecer que o trabalho de enfermagem sofre o impacto da globalização e das políticas do receituário neoliberal, trazendo como consequência o desemprego, a rotatividade da força de trabalho, a flexibilização dos contratos de trabalho, caracterizados pela terceirização e exclusão dos trabalhadores do trabalho formal, negando direitos sociais. Como principal prática, vemos a inserção dos trabalhadores em cooperativas de trabalho. Tais situações fortalecem os processos destrutivos gerados no trabalho, comprometendo assim a qualidade de vida desses trabalhadores.

Desta forma, a partir do entendimento de que qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem emerge das contradições do fazer desses trabalhadores, quer seja nos postos de trabalho, quer seja na realização de sua vida social, buscou-se através desta pesquisa, compreender os impactos do PROFAE nas condições e vida dos trabalhadores de enfermagem atendidos pelo Projeto na cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima, no período de 2000 a 2004.

Para o alcance do objetivo da presente pesquisa, após toda contextualização e recortes realizados, aplicou-se um questionário (ANEXO A) junto aos trabalhadores identificados para a amostra. Antes de ser aplicado, o questionário foi testado junto a dois trabalhadores de enfermagem que concluíram o curso, após o teste não foram necessários ajustes no mesmo. Todos os entrevistados que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), estando, portanto cientes dos objetivos da pesquisa de que participaram. Os dados da análise aqui realizada estão dispostos em quadros (ANEXO C). Como forma de otimizar a leitura optou-se por colocar todos os quadros no anexo.

Os trabalhadores que participaram da pesquisa estão distribuídos com 90% sexo feminino e 10% sexo masculino (QUADRO 2), refletindo assim a realidade da profissão de enfermagem, a qual desde sua origem vem sendo exercida eminentemente pelas mulheres. A faixa etária dos entrevistados está distribuída em 55% entre 46 e 55 anos, e 45% na faixa etária de 36 a 45 anos (QUADRO 1).

Os entrevistados, em relação à escolaridade, apresentam-se na atualidade 85% com ensino médio concluído, e 15 % distribuídos entre os que estão cursando ou concluíram o 3º Grau, e uns

que possuem pós-graduação (QUADRO 3). A época que realizaram o curso do PROFAE, 50% possuíam o ensino médio concluído, 45% estavam com o ensino médio incompleto e 5% estavam cursando o 3º Grau (QUADRO 4).

Os dados apresentados em relação à escolaridade trazem um perfil favorável à melhoria das condições de vida dos trabalhadores entrevistados. A variável escolaridade, na presente pesquisa buscou identificar as condições do trabalhador antes e após a realização do curso oferecido pelo PROFAE. Verificou-se que a escolaridade dos trabalhadores entrevistados aumentou, ao tomar-se por base esse aumento da escolaridade, conseqüentemente, aumento de conhecimentos; é possível inferir que o fazer profissional deles possa se reverter em melhorias no atendimento ao usuário dos serviços onde atuam, bem como, melhorias no âmbito de sua vida social fora do ambiente de trabalho.

O Quadro 5 apresenta os dados sobre a renda atual dos entrevistados, no qual verificou-se que 80% percebem até três salários mínimos vigentes, e 20% possuem uma remuneração de mais de 4 salários mínimos. À época da realização do curso, a renda desses trabalhadores apresentava-se distribuída com 65% percebendo até dois salários mínimos e 35% eram remuneradas com até 4 salários mínimos (QUADRO 6). Embora se possa inferir que o aumento salarial esteja diretamente proporcional ao aumento de escolaridade, não se pode perder de vista que na atualidade as mulheres têm alcançado mais êxito no mercado de trabalho. No caso da enfermagem, uma profissão historicamente exercida pelas mulheres, há que se ponderar se o aumento salarial não está atrelado ao número de postos de trabalho que essas trabalhadoras estão ocupando, considerando que as mulheres possuem no mínimo jornada dupla de trabalho, pois, além do exercício de uma profissão, os afazeres domésticos continuam sendo legados fortemente às mulheres. Na análise dos dados, e, considerando as falas dos entrevistados, verificou-se que apenas 25% possuem mais de um posto trabalho na área de saúde.

Em relação às condições atuais de ocupação dos entrevistados, o Quadro 7 apresenta 100% dos entrevistados trabalhando, conforme a complementação da questão verifica-se que 95% atuam na área de saúde e 5% na área de educação. Todos são servidores públicos concursados, sendo que 90% ligados à esfera estadual ou municipal, e 10% à federal.

Quanto à carga horária que cumprem, 95% trabalham trinta horas semanais e 5% vinte horas semanais. Os trabalhadores entrevistados que atuam na área de saúde informaram que exercem as atividades relacionadas à profissão de auxiliar de enfermagem em unidades de

assistência primária, secundária e até terciária, nos setores de internação, urgência e emergência. Os 5% que atuam no setor de educação informaram que atuam no ensino fundamental, e realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de palestras para os alunos da escola onde atua.

Ainda sobre a ocupação desses trabalhadores, ao se fazer referência sobre a ocupação deles à época em que realizaram o curso, 95% atuavam na área de saúde, desses 20% eram atendentes de enfermagem, 15% atendentes de farmácia, 40% atendente de consultório médico e 10% auxiliar de serviços gerais de área indígena e 10% atuavam como agentes comunitários de saúde. Ao questionar o motivo que levou os 5% restantes, que atuavam na área de educação, a fazerem o curso foi explicado que atuavam exercendo a função de agente de saúde na escola onde trabalhavam, assim buscaram realizar o curso para conseguir mais informações para poderem melhor atender aos alunos no setor saúde da escola. Os demais que não eram trabalhadores de enfermagem, mas conseguiram realizar o curso, informaram que à época do cadastramento para o curso, o qual era feito junto ao Banco do Brasil, efetuaram o cadastro e quando foi autorizado a realização do curso a escola fez contato com eles e assim puderam estudar.

Na análise dos dados acima, vê-se que se trata de trabalhadores que alcançaram melhorias na remuneração. Os trabalhadores atendidos pelo Projeto, embora na sua grande maioria não atuassem na área de enfermagem, atuavam, no entanto, na área de saúde, exerciam atividades variadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, não tinham a qualificação requerida, e alcançaram essa qualificação após a realização do curso oferecido pelo PROFAE. Esses trabalhadores relatam que a melhoria da remuneração se deu em virtude de terem conseguido formação específica na área de enfermagem, pois sem isso continuariam ganhando pouco e desenvolvendo as mesmas funções dos que já possuíam formação.

Sobre as formas de contrato de trabalho que possuíam na época do curso, 85% eram trabalhadores com contratos de trabalho precarizados, os quais atuavam junto às cooperativas de serviços de saúde, atuando de diversas formas, em diversos setores, cujos contratos apresentavam diversas denominações. Também atuavam como prestadores de serviços, com contratos de trabalho temporários. 5% dos trabalhadores desenvolviam suas atividades como auxiliar de serviços gerais em área indígena, no qual foi relatado que na realidade se fazia de tudo um pouco, inclusive assistência a saúde dos indígenas.

Dentre os demais entrevistados, 10% eram servidores públicos da esfera federal, e 5% possuíam carteira de trabalho assinada, atuando como atendente de consultório médico particular.

Na análise da relação emprego na área de enfermagem e o curso realizado (QUADRO 8), 95% dos entrevistados informaram que logo após a conclusão do curso, mesmo com contratos precários passaram a atuar como auxiliares de enfermagem; os que exerciam atividades de atendentes de enfermagem relataram que já atuavam de fato, e após o curso passaram a atuar de fato e de direito.

Ao se analisar as falas anteriores e os dados constantes no Quadro 13, que trata sobre a inserção no mercado de trabalho, 100% dos entrevistados relatam que se sentem mais aptos a exercerem as atividades de atendimento na área de saúde. Referem ainda que o curso possibilitou a aprovação em concurso público que prestaram logo após a conclusão dos estudos do PROF AE, fazendo com que se sentissem mais seguros no emprego.

Ainda sobre a atuação no mercado de trabalho, os trabalhadores informaram que se sentem mais aptos a exercerem suas funções, uma vez que o curso promoveu ampliação da visão do que seja o setor saúde, aumento da segurança para realização das atividades que desenvolviam, mudança de postura quanto ao que podem ou não fazer enquanto profissional de enfermagem.

Vê-se que, embora sob a égide do receituário neoliberal, caracterizado pela flexibilização dos contratos de trabalho, além da alta rotatividade nos postos de trabalho o Projeto proporcionou um revés frente as determinações desse receituário. Nesse aspecto específico, das condições de trabalho desses trabalhadores, verificou-se uma contradição, em que os trabalhadores entrevistados, atendidos pelo PROF AE aparecem com contratos de trabalho, aparentemente, mais seguros, uma vez que a maioria saiu de uma condição de contrato precário, sem garantias dos direitos sociais, para uma condição de estabilidade no emprego. Tal situação reflete-se de forma positiva para as condições de trabalho, surgindo condições que possibilitam esses trabalhadores poderem atuar sem os medos de uma demissão imediata, levando, possivelmente à melhoria da qualidade da assistência a ser prestada aos usuários do sistema de saúde.

Identificou-se ainda, nos dados acima apresentados, que o PROF AE, para os trabalhadores aqui entrevistados, atingiu um de seus objetivos, qual seja, qualificar trabalhadores que exerciam atividades de enfermagem sem a devida qualificação, possibilitando, possivelmente, melhorias na qualidade dos serviços prestados à população pelo Sistema Único de Saúde.

Quando perguntados sobre o alcance de melhorias no desempenho profissional (QUADRO 9), 100% dos entrevistados informaram que alcançaram, sim, melhorias, dentre as quais citaram:

- Mais segurança para a realização de técnicas de enfermagem, como exemplo, a verificação de sinais vitais e a ministração de medicamentos injetáveis;
- A forma de cuidar dos pacientes, identificando o que é certo e errado na assistência aos pacientes;
- Identificação da importância dos procedimentos de biossegurança, como por exemplo, a importância de utilização do jaleco na unidade de saúde;
- Mais segurança quanto às informações para educação em saúde e prevenção de doenças.

As informações contidas no Quadro 9 desta pesquisa apresentam-se, de certa forma, perfil favorável para análise da qualidade de vida no trabalho desses trabalhadores de enfermagem. A identificação feita por eles sobre o desempenho com mais segurança na assistência de enfermagem possibilita inferir que esses trabalhadores têm um maior potencial para atingir mais integração social, bem como a formação de uma identidade social e pessoal, possibilitando a eles aumento de sua autoestima, frente às diversidades que permeiam o fazer do trabalhador de enfermagem, dentre eles a falta de autonomia e criatividade.

Quando questionados sobre a realização de outros cursos após a conclusão do curso de auxiliar de enfermagem oferecido pelo PROF AE (QUADRO 10), 100% dos entrevistados informaram que atualmente estão cursando o curso de complementação de técnico em enfermagem oferecido pela ETSUS/RR, curso esse previsto dentro das metas do PROF AE. Verificou-se ainda que 5% dos entrevistados concluíram curso de pós-graduação; 10% realizaram cursos de qualificação profissional na área de terapias alternativas, 10% realizaram cursos de atendimento em urgência e emergência; 5% cursam graduação na área de educação; e 10% realizaram cursos de atualização em vacinação e atendimento à mulher e à criança.

Todos deixaram claro que sempre buscaram novos conhecimentos, a oportunidade que tiveram em participar do curso do PROF AE ampliou a visão que possuíam da área de saúde, sendo um verdadeiro estímulo a continuar estudar.

Quanto à participação dos entrevistados em organizações de classe antes e após a realização do curso (QUADROS 11 e 12), verificou-se que antes do curso apenas 20% dos entrevistados participavam em algum tipo de organização sindical; após o curso, esse percentual

aumentou para 30%, esses passaram a participar de sindicatos de trabalhadores da área de enfermagem e até mesmo de associações de moradores. Quando aos demais foi questionado sobre os motivos da não participação antes ou depois da realização do curso, informaram que a falta de tempo é o maior fator, além de não verem melhorias para a categoria com os movimentos realizados pelas organizações.

É possível verificar, frente aos dados acima apresentados, que esses trabalhadores buscaram se manter atualizados, desenvolvendo ainda mais suas capacidades de atuar na profissão. No entanto, a não participação em órgãos de classe é um dado que chama atenção, pois essa situação contribui para que não haja mais discussões sobre a melhoria da qualidade de vida no trabalho desses trabalhadores.

Fica plausível, grosso modo, o fortalecimento da alienação a que são levados os trabalhadores. A não participação desarticula esses trabalhadores, enquanto classe social, inserida no modo de produção capitalista na contemporaneidade. A alienação que o trabalho qualificado impõe tapa a visão do trabalhador, impossibilitando muitas das vezes que esses se vejam como aliados que devem lutar por melhores condições de vida e trabalho, o que fortaleceria, sobremaneira, a classe trabalhadora, combatendo a subordinação a um sistema perverso e mutilador. Braverman, (1981, p. 360) afirmava que *“quanto mais o trabalhador precisa saber a fim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou ela conhece”*. Reforça-se assim, que a não participação desses trabalhadores, principalmente nas organizações sindicais, fortalece o capital, mantendo-os na condição de meros repetidores de ações, mesmo que esses apontem que se sentem mais aptos para o trabalho após a participação no curso oferecido pelo PROFAE.

Rident (2001, p. 86) enfatiza que a participação, enquanto

... representação é parte do processo de vir a ser da classe enquanto tal, ‘em si’ e para si’. [...] representação de classe implica pensar os complexos caminhos envolvidos no processo de constituição de uma consciência de classe, inclusive dentro da ordem capitalista.

É possível que as melhorias de condições de vida e trabalho até aqui apontadas pelos trabalhadores, possam ter tido um efeito deletério para o surgimento das discussões coletivas sobre as condições de trabalho e vida a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem em geral, bem como, os demais trabalhadores dos diversos segmentos na sociedade.

O dado que aponta para essa situação, nessa análise, está materializado nas falas de que não são vistos avanços nos movimentos realizados pelas organizações. Isso reforça uma postura

individual que requer por parte dos órgãos de classe (sindicatos, associações, e até mesmo do conselho da profissão), uma maior aproximação junto aos trabalhadores de enfermagem, na busca de fortalecer os movimentos da classe de trabalhadores de enfermagem. Acreditamos que o fortalecimento desse movimento dará maior visibilidade à sociedade do valor que a profissão tem.

Para além da valorização da profissão, a participação dos trabalhadores nas organizações representativas da classe, poderá disseminar a necessária discussão sobre a divisão técnica do trabalho na enfermagem. Discutir essa divisão técnica trará à reflexão sobre o fazer dos profissionais de enfermagem, possibilitando, provavelmente, a construção de novos caminhos na formação desses profissionais, estimulando a elaboração de questões acerca da ótica de preparação de mão-de-obra imposta pelo capital.

Sendo uma pesquisa que busca os impactos na vida dos beneficiados por uma política pública de qualificação profissional na área de saúde, os entrevistados foram questionados sobre o alcance de benefícios pessoais e sobre aumento ou não de valorização profissional e pessoal (QUADROS 14 e 15). Diante dos questionamentos 100% informaram que obtiveram benefícios e se sentem mais valorizados, sim, pelo que fazem.

Dentre os benefícios alcançados, reforçam a condição de possuírem emprego e salário fixos, contribuem de forma direta na manutenção da casa onde vivem, adquirem bens materiais, tais como eletrodomésticos, aparelhos eletrônicos, aparelhos de informática e de comunicação. Realizam programação de lazer com a família, e até mesmo viagem para visitar familiares em outros estados do país.

Quanto à valorização relataram que se sentem mais reconhecidos pelos colegas de trabalho, e em alguns casos até mesmo pelos superiores hierárquicos; além de serem valorizados pelos familiares e por pessoas da comunidade onde moram, sendo inclusive consultados sobre situações que dizem respeito à área de saúde na comunidade onde vivem.

Os dados analisados possibilitam a identificação que se trata de um Projeto, o qual embora engendrado sob o receituário neoliberal proporcionou impactos importantes nas condições de vida dos trabalhadores de enfermagem atendidos na cidade de Boa Vista. O PROFAE, a partir dos dados desta pesquisa, parece cumprir seu papel junto ao sistema de saúde, que é proporcionar melhoria na qualidade da assistência prestada a partir da qualificação dos trabalhadores.

O PROFAE, enquanto Política Pública, buscou a superação da problemática do cuidado a outras pessoas sendo prestado por trabalhadores sem a devida qualificação. Buscou garantir a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem. Destaca-se que essa profissionalização assegurou, de um lado, o direito dos usuários serem cuidados por profissionais com competências requeridas para o exercício da assistência de enfermagem e, de outro, o direito desses mesmos trabalhadores que atuavam sem qualificação técnica formal, já adultos, completarem o ensino fundamental e/ou acessarem a educação profissional. (GÖTTEMS, 2003, p. 4)

O cuidado de enfermagem, portanto, não se encerra na dimensão técnica, requerendo um contexto ético e comunicacional no qual, por meio da interação, trabalhadores e usuários/população buscam o reconhecimento e o entendimento mútuo e a construção de consensos pertinentes às necessidades de saúde.

Nessa perspectiva verifica-se, na visão dos entrevistados, que o PROFAE proporcionou importantes impactos na condição de vida dos trabalhadores atendidos pelo projeto na cidade de Boa Vista. Esses impactos se deram de forma imediata, na medida em que passaram a atuar como profissionais de enfermagem logo após a conclusão do curso. Os impactos de médio prazo estão relacionados à mudança nas condições dos contratos de trabalho que possuíam. Os de longo prazo à continuidade nos estudos, quer seja na área específica de enfermagem, quer seja em outras áreas, uma vez que segundo a pesquisa, tão logo concluíram o curso a condição de trabalhadores com contratos de trabalho precários logo foi modificada; atrelada a essa mudança verifica-se que os trabalhadores continuaram a estudar para se manterem competitivos no mercado de trabalho. Nas questões relacionadas à vida dos trabalhadores fora do local de trabalho, esses apontam as conquistas alcançadas, principalmente de cunho material para eles e para a família.

Todos os impactos até aqui apontados revestem-se de efetividade real na mudança das condições de vida que esses trabalhadores passaram a ter após a realização do curso. Destaca-se que a população da cidade de Boa Vista pode ter sido beneficiada, uma vez que estão na rede de assistência à saúde profissionais qualificados atendendo à saúde da população com mais segurança. Mesmo aqueles que não eram trabalhadores de enfermagem, mas puderam concluir o curso, se estiverem atuando na área de enfermagem, atuarão de forma também segura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que a avaliação de uma política pública é fundamental para aferir o seu grau de eficiência, sua eficácia e sua efetividade, e em consequência retroalimentar as decisões e ações dessa mesma política, reafirma-se que o ato de avaliar não é neutro, tampouco o resultado de uma política não é uma relação de causa e efeito.

Na avaliação dos impactos alcançados pelo PROFABE, enquanto uma Política Pública busca-se como esse Projeto pode ter colaborado na melhoria das condições de vida dos trabalhadores atendidos por ele na cidade de Boa Vista.

Para tanto, concorda-se com a afirmação de que

...avaliação é um processo individual/coletivo contínuo, inerente às ações e relações humanas. Pensar sobre um acontecimento já nos leva a um julgamento ou atribuição subjetiva de valor. O processo de avaliar gera uma tensão entre o dado objetivo e o subjetivo. O desenvolvimento da pesquisa avaliativa traz no cerne não apenas a importância da avaliação como modo de julgar processos ou ações, mas traz a apreensão de que a avaliação é produção de conhecimento (BARREIRA, 2000 p.16).

Muitas são as produções sobre o alcance que o PROFABE teve e está tendo no Brasil, dentre esses se pode citar a Avaliação Institucional do PROFABE – Principais Resultados até dez/2002, realizado pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP. Pesquisa essa desenvolvida a partir de processo seletivo de âmbito internacional, que buscou aferir os resultados do processo inovador de implementação de programas de capacitação em larga escala no âmbito do SUS. (BRASIL, 2008, p. 7)

Cêa e outros (2007) apontam que o Ministério da Saúde publicou os principais resultados alcançados pelo PROFABE, até março de 2004: formação de 148.656 mil alunos em auxiliar e técnico em enfermagem; 12 mil trabalhadores com o ensino fundamental concluído e cerca de 70 mil trabalhadores cursando este nível de ensino; envolvimento de aproximadamente 300 escolas de educação profissional, incluindo as técnicas do SUS (10%), as públicas estaduais e federais (22%), as particulares (58%) e as do Sistema S (10%).

Se considerarmos, grosso modo, os objetivos do PROFABE em relação aos dados alcançados a partir da aplicação do questionário junto à amostra utilizada na presente pesquisa, verificamos que o Projeto enquanto política pública engendrada a partir do receituário neoliberal, com as orientações do capitalismo contemporâneo apresenta metas atingidas nunca antes vistas.

Tomando por base as variáveis e indicadores eleitos para a realização da pesquisa (ANEXO D), vê-se que os trabalhadores atendidos pelo Projeto, segundo a análise dos dados, se dizem tecnicamente preparados para atuarem na área de enfermagem; confirmam essa afirmação ao apontarem como de importância tamanha estarem inseridos no mercado de trabalho e terem, assim, saído da condição de trabalhadores com contratos precários, para trabalhadores que possuem emprego e trabalho fixos, podendo contribuir com a manutenção da sua família.

Não se quer aqui estabelecer uma relação puramente de melhorias no prisma de causa e efeito. Os trabalhadores buscaram profissionalização a partir da oferta de um curso, que poderia ter acontecido há mais tempo, não fossem as prioridades eleitas pelo estado brasileiro de investir no desenvolvimento da indústria, sem proporcionar retaguarda adequada para atenção à saúde e à educação do povo brasileiro.

Salienta-se que eles, os entrevistados, se vêem mais valorizados, tanto pelos colegas de trabalho, quanto pela família e comunidade após a realização do curso, e que podem contribuir para melhoria da qualidade de vida das suas famílias, como exemplo é citada a realização de viagens, aquisição de bens materiais e mesmo a realização de outros cursos, o que possibilita a ampliação de saberes para sobreviverem na sociedade onde estão inseridos.

Sabe-se que o fetiche da mercadoria faz com que os indivíduos aumentem o seu consumo, esse poder de consumo é apontado pelos trabalhadores entrevistados como melhorias nas condições de vida deles e de suas famílias. No entanto, a análise que buscou-se sobre os impactos do PROFAE nas condições de vida desses trabalhadores, trabalha na perspectiva de entender essas melhorias num plano geral e específico. Geral no sentido de esses trabalhadores tornarem-se cidadãos plenos no exercício dos seus direitos e deveres. Específico no sentido de poderem contribuir com o seu fazer profissional para uma assistência à saúde com qualidade, e no exercício de seus direitos e deveres, terem a condição de serem profissionais que reflitam sobre o seu fazer no contexto histórico em que estão inseridos.

Nesse sentido, identificar os impactos que o PROFAE proporcionou nas condições de vida desses trabalhadores, que são trabalhadores da saúde, pressupõe que sejam capazes de entender a saúde, deles e da população por eles atendida, como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida,

acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros.

Como acima exposto, se os trabalhadores puderam alcançar tais condições após a realização do curso, foram relevantes os impactos proporcionados pelo PROFAE na vida desses trabalhadores. No entanto, chama-se atenção à informação da não participação da maioria dos entrevistados em organizações profissionais. Tal situação denota a fragilidade em que se encontram os movimentos sociais, dentre esses o movimento sindical.

Historicamente a enfermagem é exercida na maioria por mulheres, isso se confirma na presente pesquisa. Na contemporaneidade vê-se o avanço dos movimentos das mulheres na sociedade, elas galgando postos de destaque na política, nas empresas e nos movimentos sociais. Contrapondo a atual situação, de superação do modelo 'machista' da sociedade, vê-se na fala dos entrevistados, na maioria mulheres, a falta participação nas organizações da profissão de enfermagem, reforçando o caráter de uma profissão aparentemente frágil e de pouca mobilização social. Uma profissão com uma forte divisão social do trabalho, tal divisão é marcada, preponderantemente, não pela simples divisão de tarefas, mas pela hierarquização na formação das categorias profissionais que a compõem. Não se vê assim uma contribuição do curso oferecido pelo PROFAE que pudesse apontar caminhos para a solução de tal realidade.

A situação acima exposta remete à reflexão sobre que formação foi ofertada a esses trabalhadores?

Não se questiona a qualidade da formação técnica, que, aliás, os entrevistados deixaram claro que se sentem tecnicamente mais capazes para atuarem na área após a conclusão do curso, pois reforçam que a formação proporcionou a eles a possibilidade de atuarem na área de saúde com mais segurança. Chama-se à atenção para aspectos ainda presentes na formação de nível técnico no Brasil, embora as propostas da política pública da educação profissional apontem para uma formação que contemple não apenas a técnica, mas também a formação do indivíduo crítico e reflexivo, não se observa tal aspecto na formação desses trabalhadores.

A formação desses trabalhadores apresentou uma proposta desenvolvida a partir do modelo das competências profissionais (CEFET-RR, 2000). Tal modelo discutido a partir dos anos 1980, engendrado no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura, nos países centrais, no início da década de setenta. Crise essa, expressada pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de

internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; e pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social.

Essa situação trouxe como respostas do capital as reestruturações empreendidas no próprio processo produtivo, por meio da constituição das formas de produção flexíveis, da inovação científico-tecnológica aplicada aos processos produtivos, e de novos modos de gerenciamento da organização do trabalho e do saber dos trabalhadores.

Este amplo processo de reestruturação teve como objetivos não só reorganizar em termos capitalistas o processo produtivo tendo em vista a retomada de seu patamar de acumulação, mas gerar um projeto de recuperação da hegemonia do capital não só na esfera da produção, mas nas diversas esferas da sociabilidade, que se confrontasse ao contra-poder que emergira das lutas sociais e sindicais historicamente empreendidas. Todas essas estratégias do capital, empoderadas na dieta neoliberal, contribuem para a continuidade de uma formação técnica que traz como carro-chefe a formação para atender ao mercado de trabalho, fortalecendo ainda mais o capital em detrimento das mudanças necessárias à formação de uma sociedade livre da desigualdade social.

A reestruturação do processo de produção vigente se materializa nas propostas empreendidas pelo estado brasileiro. Diante das orientações neoliberais de descentralização das ações estatais e de crescente restrição de verbas para os setores sociais, coube ao Estado brasileiro buscar formas políticas e financeiras de enfrentamento da questão da incipiente formação profissional dos trabalhadores em enfermagem de nível médio. As estratégias de enfrentamento não poderiam ampliar a ação da esfera pública, tampouco aumentar o impacto sobre o orçamento do Estado. Desta forma, o PROFAE foi à resposta política e financeiramente adequada aos preceitos políticos e econômicos do neoliberalismo.

Tendo em vista os resultados identificados pela pesquisa, os impactos nas condições de vida dos trabalhadores e nas condições de trabalho foram, na análise dos próprios trabalhadores, muitos e importantes.

Alguns aspectos do PROFAE indicam que ele apresenta-se distanciado das propostas de uma política de efetiva qualificação profissional, na realidade trata-se de uma construção que atende os preceitos do receituário neoliberal. Dentre esses aspectos destaca-se que o Projeto

financia o aumento da produtividade do já lucrativo setor privado da saúde, que além da qualificação dos profissionais deste setor, sem custos para os empregadores, proporcionou a contratação da prestação de serviços privados para a realização dos cursos, caracterizando o uso privado de recursos públicos. Outro aspecto a ser destacado é o fortalecimento do espaço 'público não-estatal', materializado como espaço privado através da transferência de responsabilidades e de recursos públicos e da descentralização de ações para o setor privado, perpetuando assim a manutenção do sistema que se traveste como se fosse uma política de atendimento efetivo às demandas da sociedade. Salta-nos uma questão, se uma das metas do PROFAE era fortalecer as ETSUS, no lugar de contratar tantas escolas privadas, porque não disponibilizaram mais recursos para essas instituições?

A resposta a questão acima deverá ser objeto de intensa pesquisa, pois não poderemos ficar também na aparência de que a contratação de escolas privadas se deu em virtude da exigüidade de tempo para a realização de um Projeto tão audacioso. Tampouco poderemos nos conformar de que se tratava de um contingente muito grande de trabalhadores a serem qualificados. Qualquer uma das possíveis respostas nos remetem, mais uma vez, a vislumbrar a transferência de responsabilidades do setor público para o privado, propiciando o aumento da acumulação de capital nas mãos do, também, já lucrativo setor da educação.

É inequívoco que não se pode parar com a busca dos resultados que essa política proporcionou e poderá ainda proporcionar na vida de mais trabalhadores de enfermagem. Não se pode esquecer a situação da divisão do trabalho que a profissão sofre, bem como a proposição de programas e políticas orientadas por metas a serem atendidas de acordo com as determinações de órgãos internacionais em decorrência de ajustes que o país deve fazer para não sofrer retaliações econômicas. Para essas situações o Projeto não apontou caminhos para a solução, uma vez que a divisão social do trabalho na enfermagem permanece, e não vislumbramos formas de sustentabilidade real e permanente para a promoção da formação dos trabalhadores da área de saúde.

Espera-se que esses trabalhadores e muitos outros trabalhadores de enfermagem possam realmente alcançar ganhos e avanços efetivos na sua condição de ser e viver enquanto trabalhadores da área da saúde, e que possam realmente manter-se num lugar bem ao sol para serem vistos e respeitados. Espera-se que todas as melhorias individuais alcançadas pelos

trabalhadores que participaram da pesquisa, repercutam-se também em melhorias na qualidade da assistência à saúde prestada pelas unidades de saúde na cidade de Boa Vista.

Espera-se que a contratação de pessoas sem qualificação adequada, para atuar na área de enfermagem deixe de ocorrer. Espera-se acima de tudo, que a formação de trabalhadores, não apenas da área de saúde, possibilite a formação de um cidadão que reflita sobre o seu papel na sociedade, não apenas para contribuir na acumulação do capital, mas para que se possa combater a desigualdade social imposta por esse sistema vigente.

Espera-se, sobretudo, que a formação dos trabalhadores da área de saúde se dê a partir de políticas públicas que implementem programas mais sólidos e permanentes, não apenas programas que surgem para responder às necessidades de reestruturação do capital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. ; ROCHA, J. S. Y. **O Saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.
- ANNUNZIATO, F. Statistical Abstract of the United States – 1988. In: ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- ANTUNES R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, R. Fordismo, toyotismo e acumulação flexível. In: _____ **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Ed. UEC, 1995.
- ARAÚJO, M. **Do corpo à alma: missionários da Consolata e índios macuxi em Roraima.** São Paulo: Fapesp, 2006.
- BARREIRA, I. A. Memória e História para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino – Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, jul. 1999.
- BARREIRA, M. C. R. N. **Avaliação participativa de programas sociais.** São Paulo. Veras Editora, Lisboa: CCCPIHTS, 2000.
- BARROS SILVA, P. L. **O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70.** Cadernos FUNDAP, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 26-50, jul. 1983.
- BASSINELLO GREICELENE APARECIDA HESPANHOL. **PROJETO LARGA ESCALA: análise histórica e compreensão dos resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo.** Campinas: UNICAMP, 2007. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas
- BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino de 2º Grau. Coordenadoria de Ensino para o Setor Serviço. **Currículos Mínimos de 2º grau das habilitações profissionais saúde.** Brasília/MEC. Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE. **Qualificação profissional e saúde com qualidade.** In: Revista Formação 01. Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE. **Avaliação e certificação de competências profissionais do auxiliar de enfermagem/PROFAE: subsídios e parâmetros.** Brasília, 2001a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE. **Seminário Internacional de avaliação do PROFAE.** Brasília, 2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da enfermagem nas Instituições de saúde no Brasil: 1982/1983.** Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1985.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Trabalhadores Técnicos em Saúde: formação profissional e mercado de trabalho – Relatório Final**. Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1262, de 15 de outubro de 1999**. DO 199-E, de 18/10/99.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Avaliação institucional do PROFAE: principais resultados até dez/2002**. Brasília, 2008.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- CAMPELO, A.M. de M.B. & LIMA FILHO, D. L. Educação Profissional. In: FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio., 2006.
- CARVALHO, A. C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. São Paulo: USP, 1972, 126p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- CÊA, G. S.S. et all. **PROFAE e lógica neoliberal: estreitas relações**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 5 n. 1, p. 139-159, 2007.
- CORDEIRO, D. e COSTA, E.A. de Pontes. **Jovens pobres e a educação profissional no contexto histórico brasileiro**. In: Trabalho Necessário. Ano 4, nº 4, 2006.
- CORDEIRO, H. **A indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RORAIMA (COREN-RR). **Livro de inscrição de autorizações**. Boa Vista, 1994.
- COSTA, F. L da. **Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reforma**. Rev. Adm. Pública vol.42 n.5. Rio de Janeiro, Set./Out. 2008.
- CUNHA, L. A. **Aspectos sociais da aprendizagem de ofícios manufatureiros no Brasil - Colônia**. In: Fórum Educacional, Rio de Janeiro, 2 (4): 31-65, out./dez., 1978.
- CUNHA, L. A. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.
- DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K.L.; FRANK, J. (org). **Investigaciones sobre services de salud: uma antologia**. Washington, DC: OPAS. 1992.
- DURKHEIM, E. **A divisão do trabalho social**. Lisboa: Ed. Presença, 1977.
- ENGELS F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

- ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Porto. Texto digitalizado.
- ENGELS, F. **Anti-During**. Lisboa. Perspectivas do Homem. Texto digitalizado.
- FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FERNANDES, J. D. **O Ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador, UFBA, 1975. Dissertação Mestrado. Universidade Federal da Bahia.
- FERNANDES, J. D. **O sentido político, ideológico e econômico da expansão das Escolas de Enfermagem**. Revista. Baiana de Enfermagem, 1983.
- FREITAG, B. **Escola, Estado & Sociedade**. 6 ed. São Paulo: Editora Moraes, 1986.
- FREITAS, D. M. V. **A Criança Inserida no currículo de graduação: o ensino da assistência de enfermagem**. Ribeirão Preto, EERP, 1990. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre a educação e estrutura econômico-social e capitalista**. São Paulo: Cortez, 1986.
- FURASTÉ, P.A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Elaboração e Formatação**. Explicação das Normas da ABNT. 14 ed. Porto Alegre: s.n., 2007.
- GHIRALDELLI JR. Paulo. **História da Educação**. São Paulo: Cortez, 1990.
- GÖTTEMS, L. B. D. et all. **A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.15, nº5. Ribeirão Preto Set/Oct 2007.
- GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere – os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo – volume 2**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- GUSSI, M. A. **Institucionalização da Psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1987.
- HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 17 ed. São Paulo: Loyola, 2008.
- _____. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.
- HIRATA, H. **Globalização, trabalho e tecnologias: uma perspectiva de gênero**. *Relatório do 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde*. Rio de Janeiro Gráfica/UNICAMP. 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – 2007**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 05 de jan. de 2009.
- IANNI, Octávio. **Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.
- KUENZER, Acácia Zeneida. A reforma do ensino técnico no Brasil e suas consequências. In: FERRETI, Celso J.; SILVA JR., João dos Reis; OLIVEIRA, Maria Rita N. S. (Orgs.).

- Trabalho, formação e currículo:** para onde vai a escola? São Paulo: Xamã, 1999.
- LIMA, V. F. S. A. **Qualificação e emprego no Brasil:** uma avaliação dos resultados do PLANFOR. São Luis: UFMA, 2004. Tese de Doutorado. Universidade do Maranhão.
- LÖWI, Michael. **Ideologias e Ciência Social: Elementos para uma análise marxista.** 8ª ed. São Paulo. Cortez, 1992.
- MARTINS, M. Francisco. **Ensino técnico e globalização:** cidadania ou submissão. Campinas: Autores Associados, 2000. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 71.
- MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos.** São Paulo: Abril Cultural, 1978
- MARX, K. **O capital – volume 1.** São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MARX, K. **Para a crítica da economia política.** São Paulo: Nova Cultural, 1986.
- MEDEIROS, M.; TIPPLE, A.C.V.; MUNARI, D.B. - **A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX.** Revista de Enfermagem, Goiânia, v.1, n.1, out.-dez. 1999.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- NUNES, Bernadete de Oliveira. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Estado Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. Cesteh/Ensp/Fiocruz, 2000.
- PAIXÃO, W. **História da enfermagem, revista e aumentada.** 5 ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979.
- PEREIRA, I. B. e RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde.** Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2006.
- RIBEIRO, M. L. S. **História da Educação Brasileira: a organização escolar.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- RIDENTI, M. **Classes sociais e representação.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- ROMANELLI, O. O. **História da Educação no Brasil.** 11ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.
- ROSEN, G. **Da policia médica à medicina social.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- RUBIN I.I. **A teoria marxista do valor.** São Paulo: Polis, 1987.
- RORAIMA, Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Epidemiologia. **Relatório de Epidemiologia.** Boa Vista-RR, 2006.
- RORAIMA, Governo do Território Federal. Conselho Territorial de Educação. **Parecer nº 14.** Boa Vista, 1975.
- _____, Governo do Estado. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Roraima. **Indicadores de crescimento e desenvolvimento do Estado de Roraima.** Boa Vista: DEES/SEPLAN-RR, 2008.35 p.
- SAVIANI, D. Transformações do capitalismo, do mundo do trabalho e da educação. In:

LOMBARDI, J. Claudinei et al. **Capitalismo, trabalho e educação**. 3ª Ed. Campinas: Autores Associados. 2005.

SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, 1998.

SÓRIO, R.E. da R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: CASTRO, J.L. de. PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania (org). Brasília. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, S. de M. P. S. **Educação profissional no Brasil: centralização e descentralização no processo de gestão das políticas governamentais**. São Luis: UFMA, 2004. Tese de Doutorado. Universidade do Maranhão.

SOUSA, S. de M. P. Santos e PEREIRA, M.E.F.D. A apropriação da noção de competência nas políticas de educação profissional desenvolvidas no Brasil a partir dos anos 1990. In: SILVA, M.O. da Silva e & YAZBEK, M. Carmelita (orgs). **Políticas Públicas de Trabalho e Renda no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.

SÓRIO, R. E. R. Inovação no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília, 2002.

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

A) DADOS GERAIS:

1) FAIXA DE IDADE: <input type="checkbox"/> < 25 ANOS <input type="checkbox"/> 25 A 35 ANOS <input type="checkbox"/> 36 A 45 ANOS <input type="checkbox"/> 46 A 55 ANOS <input type="checkbox"/> > 56 ANOS	2) SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
--	--

B) DADOS DE ESCOLARIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	C) DADOS SOBRE RENDA
1) QUAL SUA ESCOLARIDADE ATUAL? <input type="checkbox"/> 1º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 1º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 2º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 2º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 3º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 3º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> OUTROS. QUAIS? _____	1) QUAL SUA RENDA MENSAL? <input type="checkbox"/> 1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS (ATÉ R\$ 830,00) <input type="checkbox"/> MAIS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (DE R\$ 831,00 ATÉ 1245,00) <input type="checkbox"/> MAIS DE 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 4 SALÁRIOS MÍNIMOS (DE R\$ 1246,00 ATÉ 1660,00) <input type="checkbox"/> MAIS DE 4 SALÁRIOS MÍNIMOS (ACIMA DE R\$ 1661,00)
2) NA ÉPOCA QUE VOCÊ ESTUDOU NO PROFÁE QUAL ERA SUA ESCOLARIDADE? <input type="checkbox"/> 1º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 1º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 2º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 2º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 3º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 3º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> OUTROS. QUAIS? _____	2) QUAL SUA RENDA ANTES DE ESTUDAR NO PROFÁE? <input type="checkbox"/> 1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> MAIS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> MAIS DE 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 4 SALÁRIOS MÍNIMOS <input type="checkbox"/> MAIS DE 4 SALÁRIOS MÍNIMOS

D) DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

1) VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO NA ATUALIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 1.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, EM QUE ESTÁ TRABALHANDO E QUAL(IS) O(S) TIPO(S) DE CONTRATO(S) DE TRABALHO QUE VOCÊ POSSUI? 1.b) EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA A QUESTÃO ANTERIOR, QUE MEIOS VOCÊ ESTÁ BUSCANDO PARA SOBREVIVER? 2) QUAL SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO? 3) QUAIS FUNÇÕES VOCÊ DESEMPENHA NO SEU LOCAL DE TRABALHO? 4) NA ÉPOCA QUE ESTUDOU NO PROFÁE EM QUE VOCÊ TRABALHAVA E QUAL ERA O TIPO DE CONTRATO? 5) APÓS ESTUDAR NO PROFÁE CONSEGUIU EMPREGO NA ÁREA DE ENFERMAGEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 5.a) JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA

E) DADOS RELACIONADOS AO DESEMPENHO PROFISSIONAL

1) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFÁE HOUVE MELHORIAS NO SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 1.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, APONTE AS MELHORIAS ALCANÇADAS: 2) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFÁE VOCÊ PARTICIPOU OU ESTÁ PARTICIPANDO DE ALGUM OUTRO CURSO?
--

SIM NÃO

2.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, INFORME OS CURSOS REALIZADOS:

F) DADOS RELACIONADOS À PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES OU CONGENERE

1) ANTES DE PARTICIPAR DO CURSO DO PROFAE VOCÊ ERA MEMBRO DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO DE CLASSE?

SIM QUAL?

NÃO

2) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE VOCÊ PASSOU A PARTICIPAR DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO DE CLASSE?

SIM, QUAL(IS) ?

NÃO, POR QUÊ?

G) DADOS RELACIONADOS À VALORIZAÇÃO PESSOAL, AUTO-ESTIMA

1) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE VOCÊ SE CONSIDEROU MAIS APTO A SE INSERIR NO MERCADO DE TRABALHO?

SIM NÃO

1a) JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA.....

2) VOCÊ ACREDITA QUE ALCANÇOU BENEFÍCIOS PESSOAIS APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE?

SIM, QUAL(IS) ?

NÃO, POR QUÊ?

3) VOCÊ SE SENTE MAIS VALORIZADO APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE?

SIM NÃO

3.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, INFORME O TIPO DE VALORIZAÇÃO QUE VOCÊ CONSIDERA TER ALCANÇADO E QUEM PASSOU A LHE VALORIZAR MAIS:

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Recursos Humanos em Saúde: Avaliação de Impacto do PROFAE na Cidade de Boa Vista-Roraima

Pesquisador Responsável: ANANIAS NORONHA FILHO

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: CEFET-RR – Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão

Telefones para contato: (95)3624-8829 (95)8112-7571

Nome do entrevistado:	Idade:
------------------------------	---------------

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Recursos Humanos em Saúde: Avaliação de Impacto do PROFAE na Cidade de Boa Vista-Roraima”**, de responsabilidade do pesquisador ANANIAS NORONHA FILHO.

Justificativa e Objetivo:

O Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) que, através da Secretaria de Gestão de Investimentos da Saúde (SIS), buscou fomentar o desenvolvimento de ações de qualificação para ocupacionais¹³ e profissionais na área de enfermagem, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares, reduzindo o déficit de auxiliares e técnicos de enfermagem. Tal iniciativa está expressa na Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

As iniciativas de avaliação de impactos das ações de qualificação promovidas pelo PROFAE para a melhoria das condições de vida e de trabalho dos profissionais beneficiados, em especial na região norte, são poucas, daí a importância da realização de uma pesquisa avaliativa com vistas a identificar tais impactos.

O Objetivo desta pesquisa é avaliar os impactos do PROFAE, enquanto política pública integrante da Política de Recursos Humanos em Saúde proposta pelo Ministério da Saúde, sobre as condições de vida e trabalho dos atendentes de enfermagem beneficiados pelo projeto, na cidade de Boa Vista-RR.

Fica estabelecido, de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que em qualquer etapa desse projeto você pode solicitar a retirada da sua participação na pesquisa.

Eu, _____ RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.
Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável
por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

¹³ Ocupacionais são os trabalhadores de enfermagem sem formação para atuarem na área de enfermagem. Os principais representantes dessa categoria são os atendentes de enfermagem.

ANEXO C : TABULAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

QUADRO 1 – FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS

FAIXA DE IDADE	FREQ	%
36 A 45 ANOS	9	45
46 A 55 ANOS	11	55

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DO SEXO ENTRE OS ENTREVISTADOS

SEXO	FREQ	%
MASCULINO	2	10
FEMININO	18	90

QUADRO 3 – DADOS DE ESCOLARIDADE ATUAL ENTRE OS ENTREVISTADOS

ESCOLARIDADE	FREQ	%
2º GRAU COMPLETO	17	85
3º GRAU COMPLETO	1	5
3º GRAU INCOMPLETO	1	5
OUTROS	1	5
Uma das entrevistadas informou que concluiu um curso de pós-graduação em psicopedagogia		

QUADRO 4 – ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS NA ÉPOCA DE REALIZAÇÃO DO CURSO

ESCOLARIDADE	FREQ	%
2º GRAU INCOMPLETO	9	45
2º GRAU COMPLETO	10	50
3º GRAU INCOMPLETO	1	5

QUADRO 5 – DADOS SOBRE RENDA ATUAL ENTRE OS ENTREVISTADOS

RENDA	FREQ	%
MAIS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS (DE R\$ 831,00 ATÉ 1245,00)	16	80
MAIS DE 4 SALÁRIOS MÍNIMOS (ACIMA DE R\$ 1661,00)	4	20

QUADRO 6 – RENDA DOS ENTREVISTADOS NA ÉPOCA DE REALIZAÇÃO DO CURSO

RENDA	FREQ	%
1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	13	65
MAIS DE 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 4 SALÁRIOS MÍNIMOS	7	35

QUADRO 7 – DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO DOS ENTREVISTADOS NA ATUALIDADE

VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO NA ATUALIDADE?	FREQ	%
SIM	20	100
NÃO	-	-
1.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, EM QUE ESTÁ TRABALHANDO E QUAL(IS) O(S) TIPO(S) DE CONTRATO(S) DE TRABALHO QUE VOCÊ POSSUI? 95% dos entrevistados estão trabalhando na área de saúde, 5% dos entrevistados está trabalhando na área de educação. Todos os entrevistados são servidores públicos concursados, sendo 18 (90%) na esfera estadual ou municipal e 2 (10%) na esfera federal		
2) QUAL SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO?		

19 (95%) dos entrevistados cumprem uma carga horária semanal de 30h, 1 (5%) entrevistado cumpre 20h, esse último trata-se do entrevistado que atua na educação
3) QUAIS FUNÇÕES VOCÊ DESEMPENHA NO SEU LOCAL DE TRABALHO? 19 (95%) dos entrevistados desempenham atividades inerentes a profissão auxiliar de enfermagem, atuam na assistência primária, secundária ou terciária, sendo essa atuação em área hospitalar ou em unidades de urgência e emergência. 1(5%) entrevistada desempenha atividades de professora de ensino fundamental.
4) NA ÉPOCA QUE ESTUDOU NO PROFAE EM QUE VOCÊ TRABALHAVA E QUAL ERA O TIPO DE CONTRATO? 19 (95%) dos entrevistados atuavam em unidades de saúde, sendo 04 (20%) atendentes de enfermagem; 03 (15%) atendentes de farmácia; 08 (40%) atendentes de consultório médico; 02 (10%) auxiliar de serviços gerais; 02 (10%) atuavam como agentes comunitários de saúde. Desses 17 (85%) possuíam contratos precários de trabalho, contratados via cooperativa de serviços de saúde para atuar em unidades públicas de saúde ou eram prestadores de serviços; 01(5%) era prestador de serviço na área indígena yanomami; apenas 01 (5%) possuía contrato com carteira de trabalho assinada, CLT. 01 dos entrevistados já atuava na área de educação, servidor público federal, fez o curso pois na época realizava atividades de agente de saúde junto aos alunos da escola.

QUADRO 8 – RELAÇÃO EMPREGO NA ÁREA DE ENFERMAGEM x CURSO REALIZADO

5) APÓS ESTUDAR NO PROFAE CONSEGUIU EMPREGO NA ÁREA DE ENFERMAGEM?	FREQ	%
SIM	19	95
NÃO	1	5
5.a) JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA 15 dos entrevistados informaram que logo após a conclusão do curso ainda com os contratos precários que possuíam, passaram a atuar na área de enfermagem, 04 relataram que na realidade já desempenhavam de fato essas atividades e que após o curso passou a ser de direito também		

QUADRO 9 – DADOS RELACIONADOS À MELHORIA DO DESEMPENHO PROFISSIONAL APÓS REALIZAÇÃO DO CURSO

2) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE HOUVE MELHORIAS NO SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL?	FREQ	%
SIM	20	100
NÃO		
2.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, APONTE AS MELHORIAS ALCANÇADAS: Os entrevistados apontaram como melhorias: Mais segurança para a realização de técnicas de enfermagem, como exemplo citaram a verificação de sinais vitais, ministração de medicamentos injetáveis; A forma de cuidar dos pacientes, identificar o que é certo e errado na assistência aos pacientes; Identificação da importância dos procedimentos de biossegurança como por exemplo a importância de utilização do jaleco na unidade de saúde; Mais segurança quanto às informações para educação em saúde e prevenção de doenças.		

QUADRO 10 – REALIZAÇÃO DE NOVOS CURSOS APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE

3) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE VOCÊ PARTICIPOU OU ESTÁ PARTICIPANDO DE ALGUM OUTRO CURSO?	FREQ	%
SIM	100	100
NÃO		
<p>3.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, INFORME OS CURSOS, A DURAÇÃO DOS MESMOS E QUEM OS PROMOVEU OU ESTÁ PROMOVENDO:</p> <p>Todos os entrevistados na atualidade estão realizando o curso de complementação para técnico de enfermagem que está sendo executado pela escola técnica de saúde do SUS em Roraima, com duração prevista de 08 meses;</p> <p>08 concluíram o ensino médio</p> <p>01 dos entrevistados concluiu uma pós-graduação na área de psicopedagogia;</p> <p>01 dos entrevistados realizou diversos cursos de qualificação profissional na área de terapias alternativas;</p> <p>02 dos entrevistados realizaram cursos de atualização em atendimento de urgência e emergência;</p> <p>02 dos entrevistados realizaram cursos na área atualização em vacinação;</p> <p>01 entrevistado está cursando uma graduação na área de educação.</p>		

QUADRO 11 – DADOS RELACIONADOS À PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE CLASSE ANTES DA REALIZAÇÃO DO CURSO

ANTES DE PARTICIPAR DO CURSO DO PROFAE VOCÊ ERA MEMBRO DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO DE CLASSE?	FREQ	%
() SIM	4	20
() NÃO	16	80
Excluído a participação no conselho da profissão, apenas 01 entrevistado relatou que participava em um sindicato, mas que esse não era da área de saúde		

QUADRO 12 – DADOS RELACIONADOS À PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE CLASSE APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO

2) APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE VOCÊ PASSOU A PARTICIPAR DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO DE CLASSE?	FREQ	%
() SIM	6	30
() NÃO	14	70
<p>Da mesma forma que a questão anterior, foi excluída nesse item a participação no conselho da profissão por ser essa compulsória, dos entrevistados apenas dois relataram que após o curso e passaram a participar do sindicato da categoria por julgarem importante pois fortalece a profissão, desses 01 ainda passou a participar de forma mais ativa nas atividades do bairro onde mora, relatou que depois que soube da possibilidade de controle social no SUS entendeu a importância dessa participação tendo inclusive se candidatado à presidência da associação do bairro onde mora.</p> <p>03 três dos entrevistados dizem não ter interesse em participar de associações ou sindicatos, dentre os motivos relatam a falta de união da categoria, a falta de tempo para participar e por não terem visto grandes avanços nos movimentos realizados por esses órgãos.</p>		

QUADRO 13 – DADOS RELACIONADOS À INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO APÓS O CURSO

APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE VOCÊ SE CONSIDEROU MAIS	FREQ	%
--	------	---

APTO A SE INSERIR NO MERCADO DE TRABALHO?		
SIM	20	100
NÃO		
JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA Dentre os relatos dos entrevistadas destacamos: Aumento da visão que possuíam sobre a área de saúde; maior segurança das atividades que já desenvolviam; aprendizado de novas formas de cuidar do outro; mais preparo para se submeter a concursos públicos.		

QUADRO 14 – DADOS RELACIONADO AO ALCANCE DE BENEFICIOS PESSOAIS APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO.

2) VOCÊ ACREDITA QUE ALCANÇOU BENEFICIOS PESSOAIS APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE?	FREQ	%
SIM	20	100
NÃO		
Dentre os relatos dos entrevistados destacamos: Emprego e salários fixos; realização de viagens para visitar a família em outros estados da federação; aquisição de bens materiais: meio de transporte; eletrodomésticos; proporcionar lazer para família; aquisição/ampliação de conhecimentos;		

QUADRO 15 – DADOS RELACIONADO À VALORIZAÇÃO PESSOAL APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO.

3) VOCÊ SE SENTE MAIS VALORIZADO APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO DO PROFAE?	FREQ	%
SIM	20	100
NÃO		
3.a) EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A QUESTÃO ANTERIOR, INFORME O TIPO DE VALORIZAÇÃO QUE VOCÊ CONSIDERA TER ALCANÇADO E QUEM PASSOU A LHE VALORIZAR MAIS: Reconhecimento profissional principalmente pelos colegas de trabalho; um dos entrevistados relatou reconhecimento inclusive pelo chefe imediato; um dos entrevistados relatou que os superiores não sabem valorizar; dois dos entrevistadas relatou que pessoas da comunidade onde moram passaram a valorizar mais o trabalho que realizam; três dos entrevistados relataram que a família passou a valorizar mais o trabalho que realizam; 03 dos entrevistados relataram que se sentem mais valorizados quando os pacientes que cuidam reconhecem e demonstram respeito pelo trabalho que realizam.		

ANEXO D: VARIÁVEIS E INDICADORES DA PESQUISA

VARIÁVEIS	INDICADORES
Escolaridade	- Percentual dos que aumentaram a escolaridade; - Percentual que mantiveram a escolaridade.
Renda	- Percentual dos que tiveram aumento de renda. - Percentual dos que mantiveram a renda. - Percentual dos que tiveram redução na renda.
Inserção no mercado de trabalho	- Percentual dos que permaneceram nos postos de trabalho; - Percentual dos que obtiveram emprego na área; - Percentual dos que mudaram de emprego; - Percentual dos desempregados; - Percentual dos que mantiveram, melhoraram ou pioraram a forma de vínculo (CLT, estatutário, precarizados);
Condições de trabalho	- Carga horária; - Número de postos de trabalho que ocupa;
Desempenho profissional	- Percentual dos que mencionam melhorias como: - Redução de custos, erros, tempo, perda de materiais/insumos, acidentes ou outro indicador próprio do setor/ocupação em que estão; - Mesmo indicador acima, na visão de empregadores e supervisores (caso dos assalariados); - Capacitação continuada para o desempenho da função.
Informação, participação e organização.	- Percentual dos que se filiaram a entidades de classe e outros congêneres.
Valorização pessoal, auto-estima.	- Percentual dos que se consideram mais aptos, valorizados, com mais chances no mercado de trabalho; - Percentual dos que se consideram mais valorizados, respeitados na família, comunidade, vizinhança; - Percentual dos que declaram outros benefícios pessoais (indicando os benefícios).