

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

Monica Vieira
Alexandra Ribeiro Mendes de Almeida
Ana Margarida de Mello Barreto Campello
Arlinda B. Moreno
Filippina Chinelli
Francisco José da Silveira Lobo Neto
Márcio Candeias Marques

Este capítulo tem como objetivo atualizar e complementar os dados já disponíveis, relacionados à formação e inserção profissional dos técnicos em saúde no Brasil, na primeira década dos anos 2000. Ele representa mais um passo no processo de pesquisa que, desde 2002, vem consolidando bases de dados secundários sobre os técnicos em saúde. Naquele momento tanto o interesse do Ministério da Saúde no levantamento dos perfis dos trabalhadores em enfermagem quanto a consolidação e confiabilidade dos censos escolares e das pesquisas médico-sanitárias levaram à formação de um grupo de pesquisadores na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Esse grupo constituiu o Observatório dos Técnicos em Saúde e em 2001 iniciou seus trabalhos buscando uma agregação – à época, inédita – tanto dos dados referentes aos postos de trabalho quanto dos relacionados à educação profissional para caracterizar, no que se refere a essas dimensões, os trabalhadores técnicos em saúde (Lima *et al.*, 2002; Vieira *et al.*, 2003a, 2003b).²

¹ Este capítulo apresenta uma primeira exploração dos dados da pesquisa “Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde”, financiada também pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde /Fundação Oswaldo Cruz / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Papes/Fiocruz/CNPq).

² A partir desse processo, dois aspectos institucionais reforçam o andamento das pesquisas sobre os trabalhadores técnicos em saúde: a criação da Estação do Observatório de Técnicos em Saúde na Escola e a posterior constituição do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps).

As atividades do Observatório tiveram início com a aprovação de um estudo para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (Profae) que analisava a dinâmica da formação e inserção profissional desses trabalhadores a partir das bases de dados do censo escolar,³ realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), e da Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS),⁴ realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo possibilitou a elaboração de séries históricas a respeito da oferta de educação profissional em saúde no Brasil e indicou a necessidade de acompanhamento da formação de tecnólogos no setor. Iniciou-se, assim, a construção do Banco de Dados da Educação Profissional em Saúde (BEPSaúde), disponível no *site* do Observatório dos Técnicos em Saúde, que permite que o usuário elabore tabelas online a partir do cruzamento das variáveis disponíveis, como distribuição dos cursos pelos estados do país, alunos, matriculados e concluintes entre outras. Os estudos sobre composição da força de trabalho em saúde, realizados a partir da AMS, permitiram a construção de uma série histórica que compara algumas variáveis dos postos de trabalho, como distribuição regional, setor de atuação, esfera administrativa, entre outros, para os anos de 1978, 1982, 1992, 1999, 2002, 2005 e 2009. Essa análise, em ambas as bases, considerou dependência administrativa e distribuição regional. No que diz respeito à dependência administrativa, foram observadas as variáveis ‘cursos técnicos oferecidos’ e ‘alunos matriculados’ e no que diz respeito à distribuição regional, ‘ocupação’ e ‘nível de escolaridade’.

Criado com a finalidade de nortear as decisões da política para o setor, o Censo informa, dentre outros aspectos, sobre aprovação, reprovação e abandono, sendo utilizado para o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e como indicador para o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), do Ministério da Educação

³ O Censo Escolar é um levantamento realizado pelo Inep/MEC, com a colaboração das secretarias estaduais e municipais de educação e a participação de todas as escolas públicas e privadas do país. A periodicidade da pesquisa é anual, estando disponíveis as séries históricas a partir de 1995.

⁴ A AMS visa mostrar o perfil da capacidade instalada de saúde no Brasil a partir da realização de um inventário completo dos estabelecimentos de saúde. Assim, mostra o perfil dos serviços de saúde disponíveis no Brasil, permitindo a avaliação de sua cobertura, segundo a distribuição de postos de trabalho, equipamentos médicos e serviços de baixa, média e alta complexidade.

(MEC). Também registra informação sobre a educação infantil, fundamental, média e de jovens e adultos (EJA). O censo escolar coleta dados sobre estabelecimentos, matrículas, funções docentes, movimento e rendimento escolar.

Formação Técnica em Saúde

O objetivo deste item é analisar a evolução, na primeira década dos anos 2000, da formação técnica de nível médio em saúde, desenvolvida pelas diferentes instâncias do sistema educacional. Os dados da área, sempre que possível, serão relacionados ao quadro informativo mais geral (mais gerais) da evolução da educação profissional no Brasil, de maneira a caracterizar e ressaltar suas especificidades. Para análise desses dados, julga-se imprescindível situá-los no contexto das mudanças pelas quais passou o Brasil no período, considerando que as políticas educacionais refletem tanto movimentos de reestruturação produtiva quanto políticas de redefinição do papel do Estado. O entendimento da educação como direito universal de formação humana ou a mercantilização do sistema educacional sintetizam a polêmica mais claramente colocada a partir do final dos anos 90 com as políticas educacionais do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), especificamente a reforma da educação profissional (decreto n. 2.208/1997), que tem como perspectiva a “formação do cidadão produtivo” (Frigotto & Ciavatta, 2005).

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

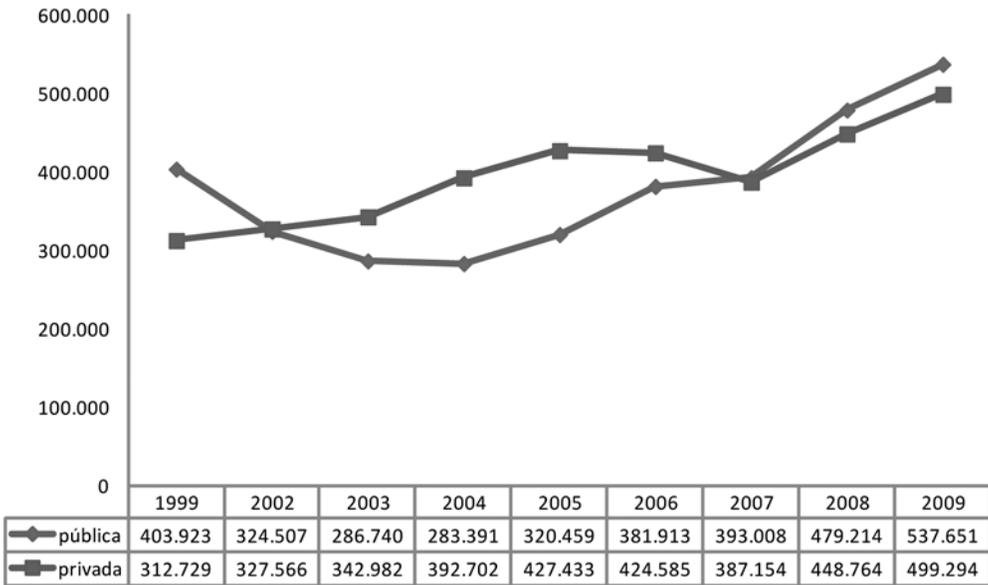
O I Censo da Educação Profissional, realizado pelo MEC/Inep em 1999,⁵ mostra uma predominância do setor público no que diz respeito às matrículas na educação profissional de nível técnico. Naquele ano, do total de 716.652 matrículas verificadas, 56% concentravam-se na rede pública, 37% nas escolas técnicas das redes estaduais. O Gráfico 1 apresenta a evolução da matrícula na educação profissional por dependência administrativa, de 1999 a 2009.⁶ É nítido e bastante elucidativo o movimento de diminuição da oferta do setor público, claramente vinculado à reforma da educação profissional do final dos anos 90. Esse movimento descendente do número de matriculados em escolas públicas permanece até 2004, segundo ano do governo Lula e ano de promulgação do decreto n. 5.154/2004, que revoga o decreto n. 2.208/1997 e modifica a política de educação profissional instituída no governo FHC. A partir de 2005, começa a haver uma recuperação desses números, passando a matrícula no setor público a crescer. Esse crescimento, no entanto, só recupera e ultrapassa o número de matriculados em 1999 a partir de 2008. Com efeito, o censo da educação profissional de 1999 indica a existência de 403.923 matriculados em escolas públicas. Em 2004, esse número corresponde a apenas 283.391. De 2004 em diante, verifica-se um maior crescimento nas matrículas públicas que ultrapassam as matrículas privadas em 2007.

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

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

⁶ Não se dispõe de dados referentes aos anos 2000 e 2001, uma vez que apenas a partir de 2002 o Inep passou a fornecer dados sobre a educação profissional de nível técnico quando da divulgação do censo escolar. No ano de 1999, como já referido anteriormente, foi realizado pela primeira e única vez o censo da educação profissional. Assim, as séries históricas aqui apresentadas têm início em 1999 e não apresentam dados relativos aos anos de 2000 e 2001.

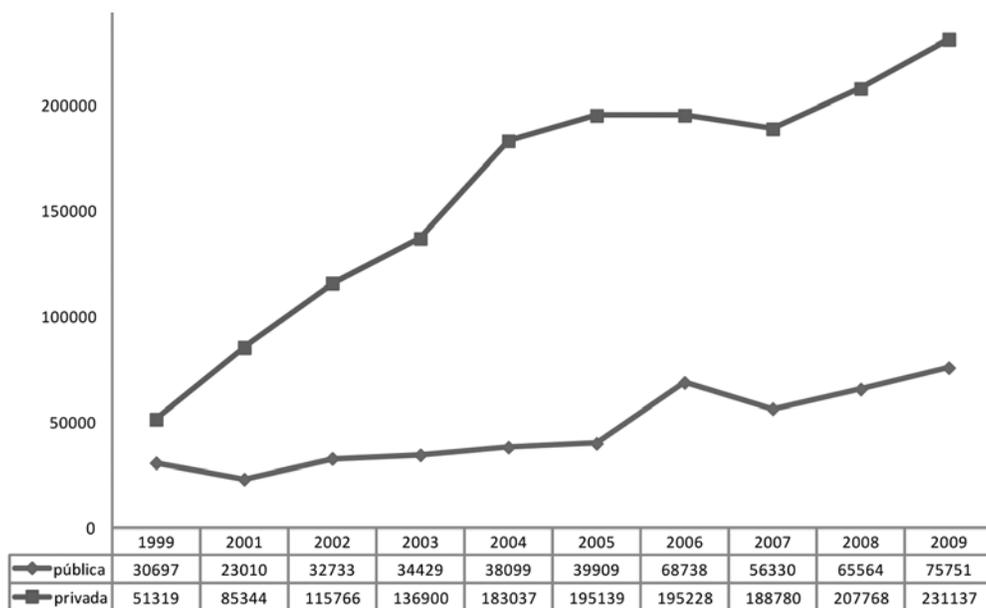
Gráfico 1 – Evolução da matrícula na educação profissional de nível técnico, por dependência administrativa. Brasil – 1999-2009



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

No que diz respeito à formação técnica em saúde, o Censo da Educação Profissional indicava em 1999 a existência de 82.016 matriculados, o que correspondia a pouco mais de 11% do total da educação profissional (Gráfico 2). Note-se, a predominância do setor privado na área da saúde que, em 1999, era responsável por 62% da formação técnica de nível médio, ao passo que no total da educação profissional de nível técnico, naquele mesmo ano, apenas 44% das matrículas eram de responsabilidade do setor privado. A maior participação do setor privado na formação técnica em saúde cresceu ao longo da década estudada, de tal maneira que em 2009 menos de um quarto (24,7%) dos matriculados em cursos técnicos na área da saúde desenvolviam sua formação em escolas técnicas públicas.

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



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

Para analisar a formação técnica de nível médio em saúde, é preciso situar essa formação em seu contexto histórico e levar em consideração que, diferentemente da formação técnica para a indústria – objeto de políticas educacionais específicas desde os anos 40, quando da promulgação das ‘leis’ orgânicas –, a ênfase na formação técnica em saúde, no Brasil, só começa a tomar corpo nos anos 80 com o Projeto Larga Escala (Pereira & Ramos, 2006). Com efeito, em 1986, o relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde ressalta, no item ‘formação e aprimoramento do pessoal de nível médio e elementar’, que o setor educacional – pela pequena oferta de vagas, pela inadequação curricular e por sua lógica privatizante – não vinha respondendo às necessidades de profissionalização em saúde (Brasil/MS, 1986: 23).

Assim, a educação profissional, ao tornar-se “órfã do dever do Estado” (Cury, 2002:26) em decorrência das políticas dos anos 90, traz

um impacto ainda mais desagregador na área da saúde, na medida em que esta não era uma formação consolidada como de interesse público, nem desenvolvida pelas instâncias públicas. Tornar-se ‘negócio’ nas mãos da iniciativa privada não implicou, portanto, na área da saúde, a necessidade de estrangulamento da instância pública, como se pode verificar no Gráfico 1, em relação à formação técnica em geral. Foi suficiente ‘congelar’ a oferta pública e incentivar a ampliação da oferta privada, como fica muito claro nos dados do Gráfico 2. Desse modo, enquanto a matrícula nas escolas públicas que ofereciam formação técnica em saúde permaneceu abaixo de 40.000 alunos desde 1999 até 2005, as escolas privadas que em 1999 já contavam com mais de 50.000 matriculados passaram a contar em 2005 com quase 200.000 alunos e continuaram crescendo significativamente mais do que o setor público até o final da década estudada.

A análise comparativa dos dados apresentados nos gráficos 1 e 2 provoca muitas questões. Entre elas: como explicar comportamento tão específico da formação técnica em saúde? Por que a predominância do setor privado chega perto de representar a quase totalidade das matrículas?⁷ Por que nessa ‘década’ (1999-2009) o crescimento da matrícula na formação técnica em saúde é mais significativo do que na totalidade da educação profissional de nível técnico? Como explicar a explosão das matrículas privadas na formação técnica em saúde principalmente nos primeiros anos do século XXI?

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

Um primeiro ponto a ser considerado seria a tentativa de analisar essa explosão das matrículas na formação técnica em saúde em

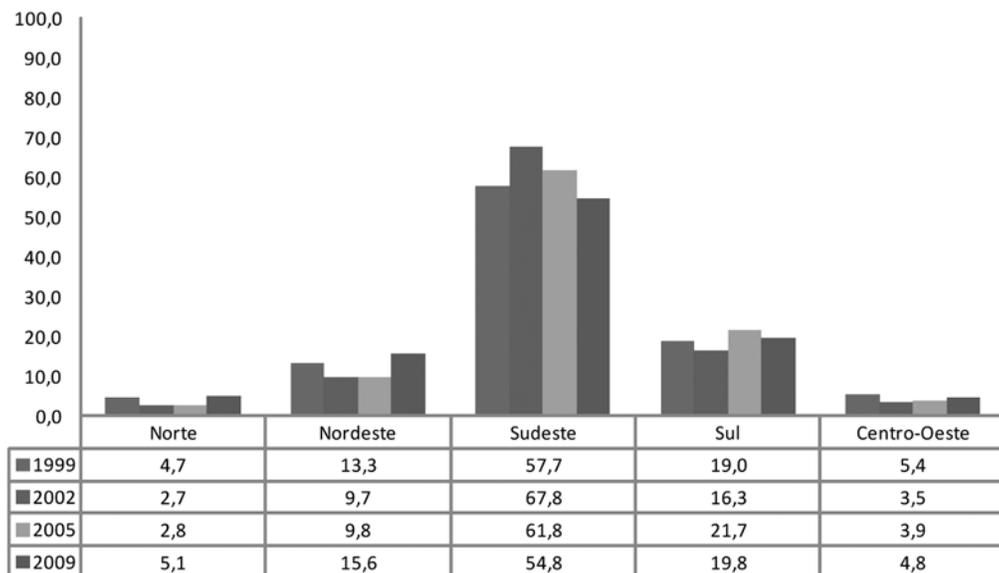
⁷ Em 2005, no ponto mais crítico da privatização da formação técnica em saúde, menos de 17% dos matriculados frequentavam instituições públicas.

decorrência de uma possível correspondência com a criação mais acelerada de postos de trabalho no setor de serviços durante o período, com destaque, além da educação, para a área de saúde, conforme se verá mais adiante. Essa consideração coaduna-se com a tendência a um complexo processo de deslocamento das áreas de investimento em educação pela iniciativa privada, por meio do aumento da oferta de cursos, seguindo ou induzindo demandas, e se concretiza na mercantilização da educação.

Cabe mencionar, ainda, o reforço que as políticas governamentais, nas últimas décadas, vêm oferecendo à privatização, inclusive com significativa participação do fundo público, direta ou indiretamente acolhida, por exemplo, na denominada ‘parceria público-privada’. É de se notar que o crescimento percentual da participação relativa da iniciativa privada na matrícula nos cursos técnicos em geral cresce, entre 1999 e 2009, apenas quatro pontos (de 44% para 48%) ao passo que, na área da saúde, esse crescimento é de 12 pontos percentuais (de 63% para 75%).

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

Gráfico 3 – Matriculados em geral, por grandes regiões

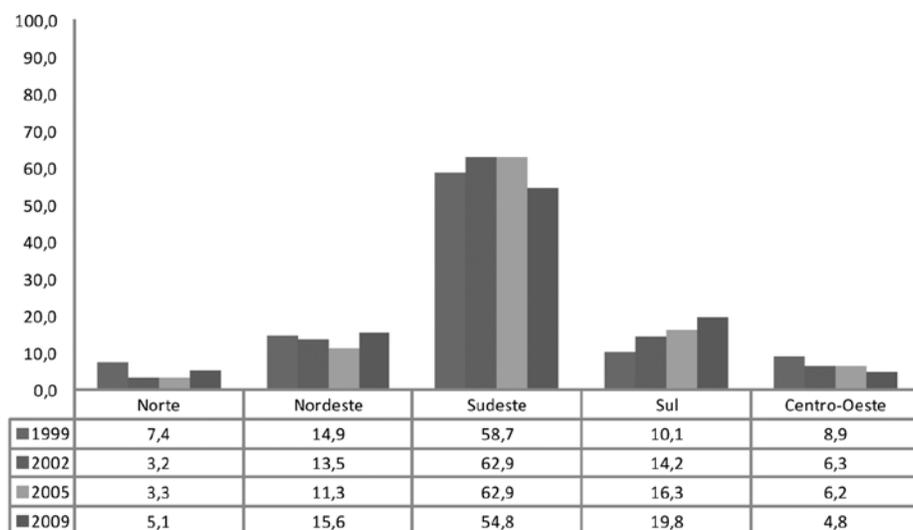


Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

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

acompanhar esses dados de modo a verificar se essa possível tendência de desconcentração regional se afirma de forma mais significativa na segunda década do século XXI, à proporção que o Nordeste vem apresentando um desenvolvimento econômico bastante significativo nesses últimos anos com possibilidades de reflexos em seu sistema educacional e na oferta de formação técnica.

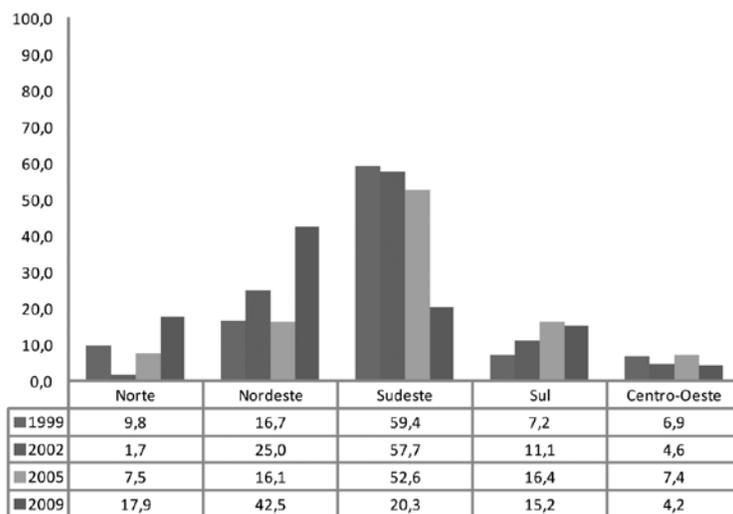
Gráfico 4 – Matriculados em saúde, por grandes regiões



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

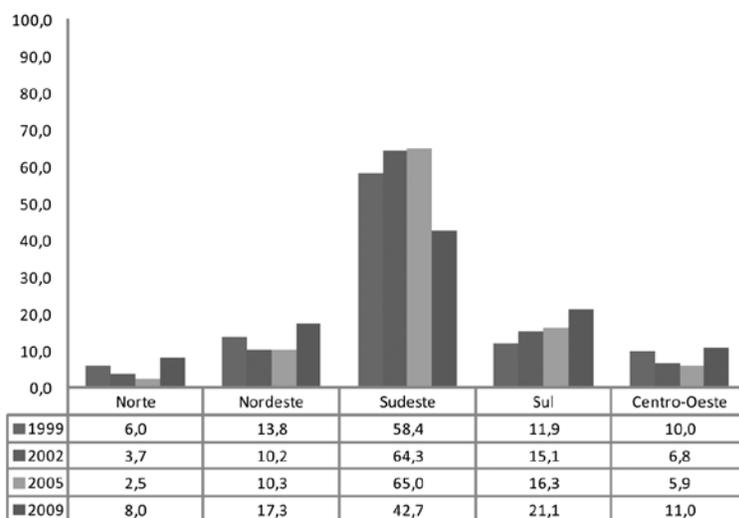
É interessante ainda registrar que a análise da evolução das matrículas públicas segundo a região geográfica (Gráfico 5) indica uma progressiva desconcentração na região Sudeste acompanhada do aumento da concentração na região Sul. No que diz respeito ao setor privado (Gráfico 6), observa-se que a diminuição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

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



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

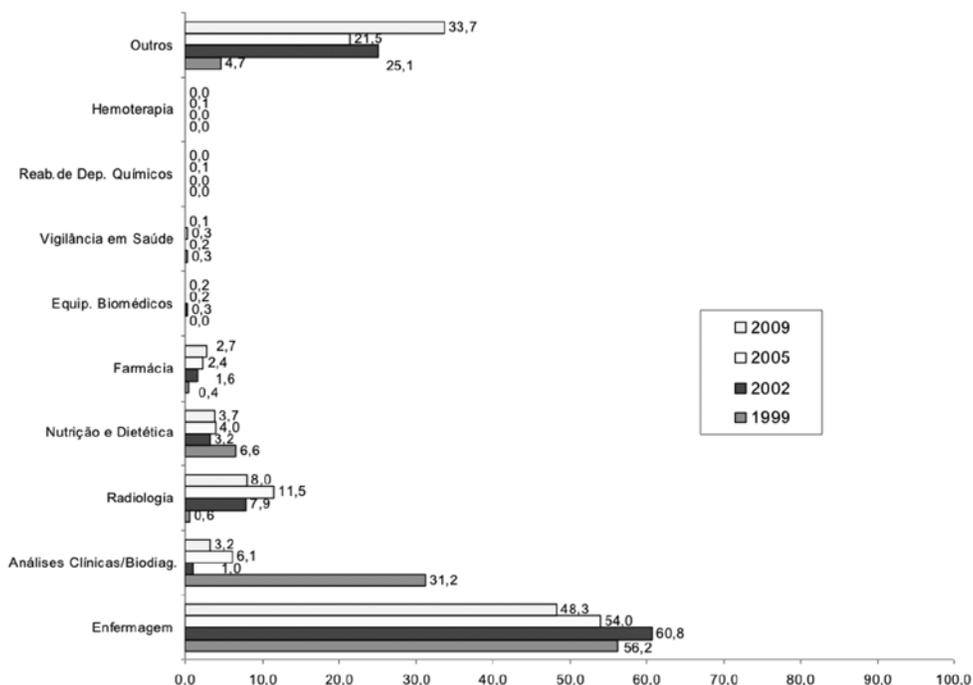
Gráfico 6 – Evolução percentual da distribuição da matrícula privada em saúde, segundo região geográfica.



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

O Gráfico 7 apresenta a evolução da matrícula nos diversos cursos técnicos da área da saúde. Nota-se, de início, uma concentração na área da enfermagem que, sozinha, é responsável por praticamente metade (uns anos mais, outros menos) da formação. Interessante notar que a um primeiro movimento de aumento da concentração da oferta de cursos na habilitação em enfermagem, que se observa entre 1999 e 2002, segue-se um movimento proporcionalmente inverso a partir de 2002 e que se prolonga na década estudada. Ao mesmo tempo, percebe-se uma ampliação do leque de oferta no final da década na categoria ‘outros cursos’, que passa a concentrar mais de 30% das matrículas dos cursos técnicos da área da saúde. De modo geral, torna-se nítida uma maior abertura do leque de formações técnicas ofertadas na área da saúde e uma diminuição na participação relativa dos matriculados nos cursos técnicos de enfermagem.

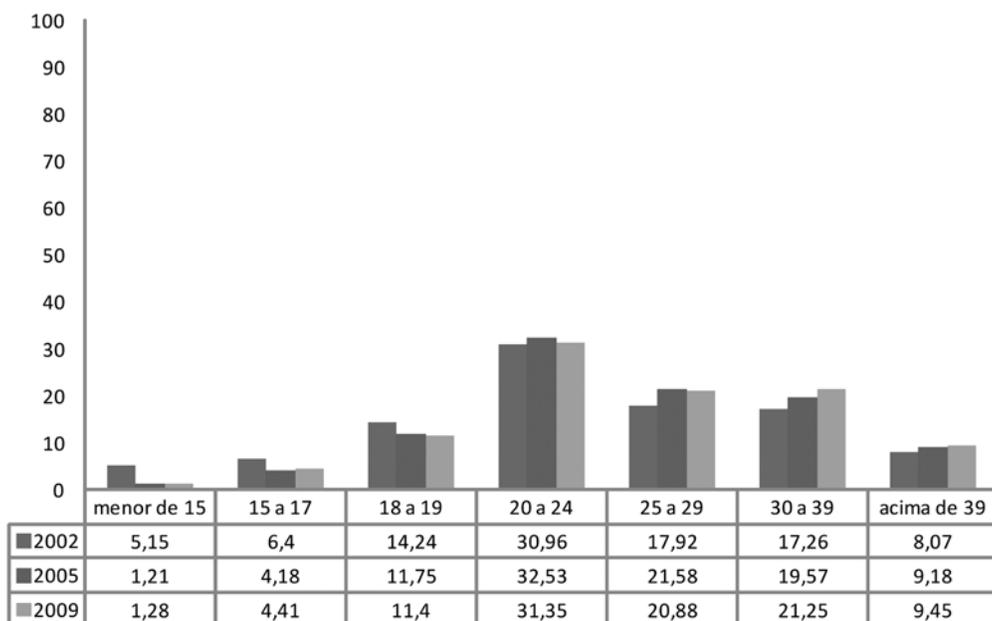
Gráfico 7 – Distribuição percentual da matrícula por curso técnico



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

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

Gráfico 8 – Matriculados em saúde, por idade, em percentagem⁸



Fonte: Brasil/MEC/Inep, 2011.

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

Postos de Trabalho

Esse item apresenta os dados da evolução dos postos de trabalho de níveis elementar, auxiliar e técnico, ocupados nos estabelecimentos de saúde no período 1999-2009, a partir da AMS,⁹ procurando contextualizá-los na dinâmica mais ampla do mercado de trabalho do país, sobretudo no desempenho do setor serviços na última década.

Durante o período mencionado, a economia brasileira apresentou significativo dinamismo em relação aos anos 90, passando sua média de crescimento anual de 2,5% para cerca de 4,5%. Embora as repercussões da crise internacional que se manifestou a partir de fins de 2008 nos Estados Unidos e Europa tenham atingido também o Brasil,¹⁰ a adoção de medidas de política fiscal e monetária antirrecessivas permitiu que o país contornasse a desaceleração da criação de novos postos de trabalho. Por isso mesmo, apesar da retração do emprego na indústria, não se pode negar que os anos 2000 foram marcados pelo fortalecimento do mercado de trabalho no país, alavancado, sobretudo, pelo setor de serviços, passando sua representatividade na estrutura ocupacional do país de 41,1% para 43,3% entre 2004 e 2009 (Guimarães, 2009). Na avaliação de Pochman (2012: 16), somente o setor terciário tem registrado aumento na sua posição em relação ao PIB.¹¹

⁹ Como a pesquisa AMS reporta, exclusivamente, ao núcleo de serviços de saúde, ou seja, os serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde, não será verificada neste capítulo a situação ocupacional de todos os trabalhadores envolvidos no macrosetor saúde. Informações sobre o conjunto da força de trabalho em saúde podem ser encontradas em publicação que buscou acompanhar a dinâmica da inserção ocupacional dos trabalhadores do setor saúde no Brasil, através da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE/2005), destacando-se não apenas trabalhadores ligados diretamente ao atendimento na saúde, mas também outros trabalhadores, nos serviços administrativos, de manutenção e de equipamentos médico-hospitalares. Ver Moreno e colaboradores (2011). Disponível em <www.obsnetims.org.br/adm/arq/livro/2141551.pdf>.

¹⁰ “É certo que a crise financeira internacional de 2008 interrompeu temporariamente a trajetória de crescimento econômico. Os impactos foram particularmente severos durante o último trimestre de 2008 e o primeiro trimestre de 2009. À retração das linhas internacionais de crédito, seguiu-se uma queda abrupta nos preços das *commodities*, resultando na desvalorização do real frente ao dólar dos EUA e na deterioração dos indicadores de atividade econômica e de emprego” (Brasil/Ministério da Fazenda, 2010: 7).

¹¹ O autor aponta ainda que durante a década em questão, “o setor terciário [aí incluídos os serviços] gerou 2,3 mais empregos que o setor secundário, ao passo que, na década de 1970, o setor terciário gerava somente 30% mais postos de trabalho do que o setor secundário da economia nacional” (Pochman, 2012: 17).

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

A partir dos anos de 80, identifica-se o vigor do setor saúde na expansão do emprego no país, sendo ele desde então o grande responsável pela ampliação da oferta de empregos no setor serviços como um todo. Os estudiosos do mercado de trabalho em saúde no Brasil afirmam que sua dinâmica o distingue dos demais setores econômicos, já que a utilização intensiva de trabalho vivo, mesmo com o processo de incorporação de tecnologias, continua central (Girardi, 1986, 1991; Nogueira, 1987). Em artigo recente, Machado e colaboradores (2011) reforçam a relevância do macrossetor saúde como um ramo importante na economia brasileira, compreendendo, em 2005, quase quatro milhões de postos de trabalho. A análise do núcleo do setor saúde a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE permite identificar, entre 1990 e 2005, uma expansão intensa da rede de serviços de saúde no Brasil que passa de quase 50 mil para 77 mil estabelecimentos e de cerca de 1,5 milhão para mais de 2,5 milhões de postos de trabalho. Essas características têm possibilitado uma expansão importante e recorrente de seu nível de ocupação, independentemente da conjuntura econômica (Dedecca & Silva, 2013).

A geração de novas ocupações é uma tendência inerente ao setor em razão da expansão da cobertura, diversificação e ampliação dos serviços e envelhecimento da população. Ainda que todo o macrossetor saúde venha crescendo, esse incremento está relacionado, sobretudo, à expansão das ocupações nucleares¹² que cresceram mais rapidamente, sinalizando que o atendimento da população constitui o carro chefe da expansão de seu nível de ocupação: cerca de 4,5 milhões de pessoas estavam ocupadas no setor saúde em 2009, sendo que 2,4 milhões em ocupações do núcleo do setor (Dedecca & Silva, 2013). Parte desse crescimento se refere à expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde

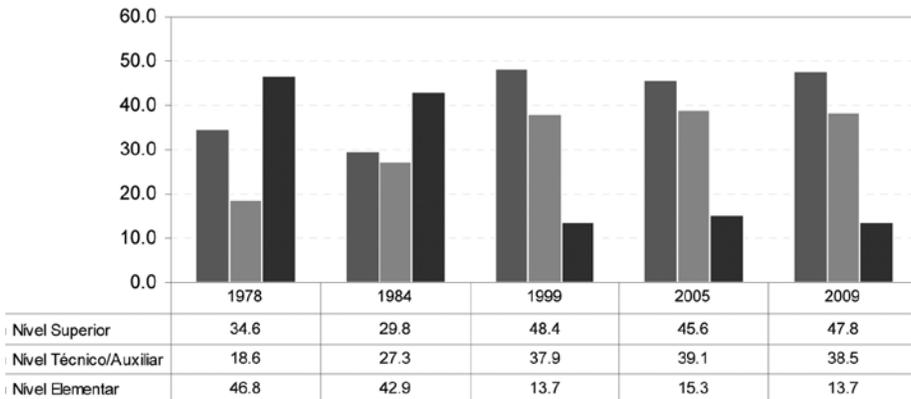
¹² De acordo com Dedecca e Silva (2013), as ocupações nucleares são aquelas típicas de atendimento à saúde.

(SUS) com priorização da atenção básica como política pública que demanda poucos equipamentos e incorpora trabalhadores de forma intensiva. Embora a atenção básica tenha por objetivo a prevenção de doenças e o acompanhamento do estado geral de saúde da população, tal como vem sendo implementada no país, acaba por se destinar ao atendimento de segmentos mais pobres da população, em situação de risco social. Vale notar, de acordo com Dedecca e Silva (2013), que essa expansão se deu de forma concomitante à progressiva deterioração das condições de trabalho e remuneração e precarização dos vínculos desses trabalhadores.

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

Na década de 1970, a força de trabalho em saúde podia ser caracterizada pela polarização entre postos de trabalho ocupados pelos médicos e aqueles ocupados por atendentes de enfermagem de escolaridade elementar, sendo considerada residual a relevância quantitativa das demais ocupações (Machado *et al.*, 1992). Nas décadas seguintes, nota-se considerável expansão das ocupações de nível técnico/auxiliar, ao passo que decresce a menos da metade a participação das ocupações de nível elementar no total de postos de trabalho. Percebe-se, assim, um considerável aumento dos níveis de escolaridade da força de trabalho ocupada (Gráfico 9). Atualmente a escolaridade da força de trabalho em saúde expressa uma média de anos de estudo superior ao prevalecente na estrutura ocupacional do país, chegando em média, nas ocupações nucleares da saúde, a 14 anos de estudos (Dedecca & Silva, 2013). Cabe destacar que esse aspecto contribui para elevar o perfil de qualificação do mercado de trabalho brasileiro e, nesse sentido, os gastos com os trabalhadores do setor devem ser considerados como investimento.

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

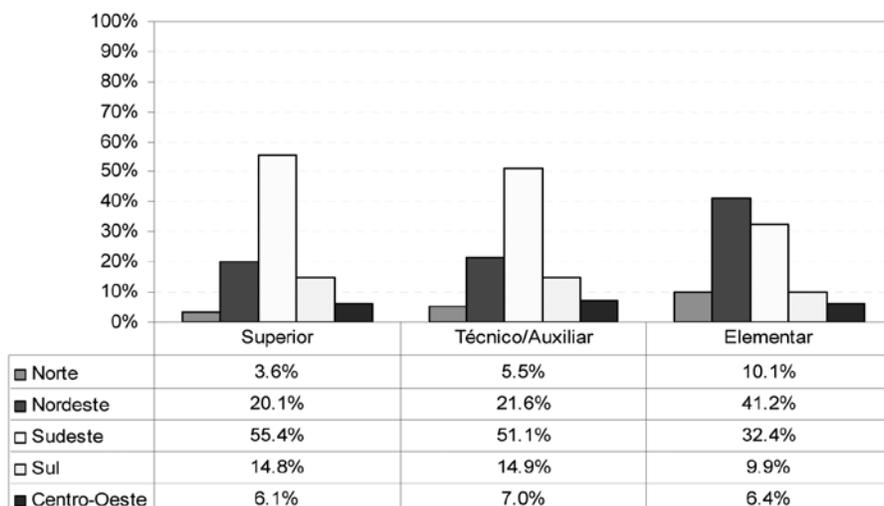


Fonte: IBGE/AMS, 1978, 1984, 1999, 2005, 2009.

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

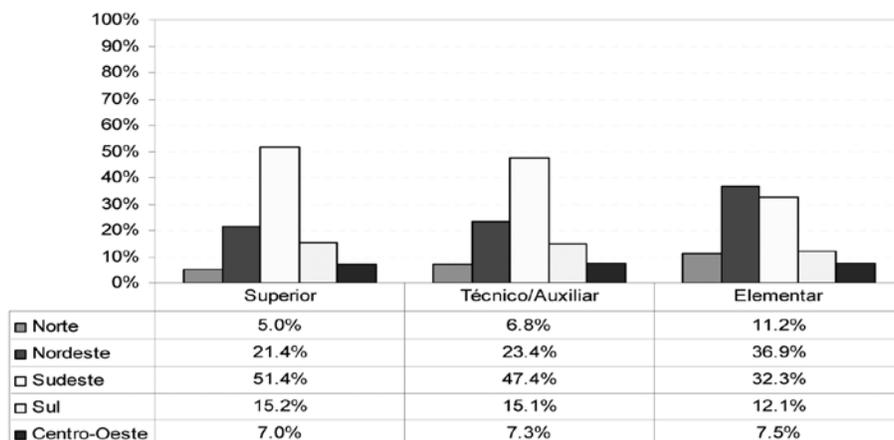
Quanto à distribuição regional dos postos de trabalho em saúde, por escolaridade (Gráficos 10 e 11), a região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de postos de trabalho de nível superior (55,4% e 51,4%, respectivamente para os anos de 1999 e 2009) e a região Nordeste se destacou em relação aos postos de trabalho de nível elementar (41,2% e 36,9%, respectivamente para os anos de 1999 e 2009).

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



Fonte: IBGE/AMS, 1999.

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



Fonte: IBGE/AMS, 2009.

A diversidade das ocupações no setor saúde é dimensionada na tabela a seguir (tabela1), no que diz respeito ao nível técnico/auxiliar e elementar. Vale mencionar, entre as 25 ocupações listadas, a alta taxa de crescimento de postos de trabalho na área de enfermagem, vigilância em saúde, saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Se, nos dois primeiros grupos a implementação de recentes políticas públicas, como o Profae e o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), buscou qualificar trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem significando a criação de novos postos de trabalho para os agentes de saúde bucal e, especialmente, para os agentes comunitários de saúde. É importante destacar que sobretudo os trabalhadores da vigilância em saúde e da saúde da família, priorizados nas políticas públicas, vêm sendo incorporados ao setor público em postos de trabalho que não exigem escolaridade além do nível elementar, através de uma multiplicidade de vínculos precários.

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

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

cont.

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

cont.

Téc. em equipamentos médico-hospitalares	2072	0,4	3202	0,5	3999	0,5	4504	0,5	117,4
Vigilância sanitária e ambiental	3967	0,8	6713	1,1	8864	1,9	12479	1,4	123,4
Agente de saneamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiscal sanitário	2602	0,5	4260	0,7	5330	0,7	8912	1,0	104,8
Téc./Aux. em vigilância sanitária e ambiental	1365	0,3	2453	0,4	3534	0,5	3567	0,4	158,9
Outros - Nível Técnico / Auxiliar	35173	6,8	32305	5,2	31234	4,1	41829	4,7	-11,2
Total Nível Elementar	192107	100,0	244809	100	294551	100	317056	100,0	53,3
Atendente/Aux. de serviços diversos assemelhados	82040	42,7	60639	24,7	45587	15,5	33004	10,4	-44,4
Parteira	3470	1,8	2546	1	2108	0,7	1432	0,5	-39,3
Agente de saneamento	4116	2,1	-	-	-	-	-	-	-
Agente de saúde pública	11753	6,1	10468	4,3	10077	3,4	7707	2,4	-14,3
Agente comunitário de saúde	67503	35,1	142696	58,3	191990	65,2	225994	71,3	184,4
Guarda endemias/ Agente contr. zoon/ Agente contr vetor	9986	5,2	16805	6,8	31167	10,6	32294	10,2	212,1
Outros - Nível Elementar	13239	6,9	11655	4,7	13622	4,6	16625	5,2	2,9

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

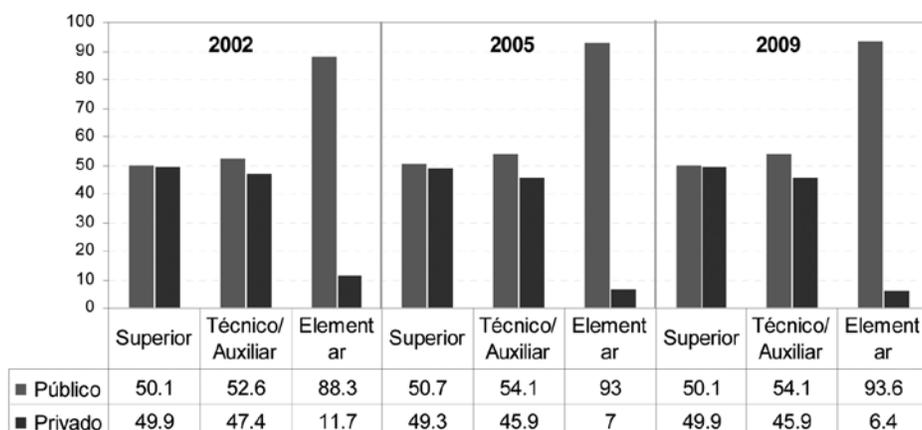
A tabela permite inferir que ao longo das últimas décadas a dimensão complexa do setor saúde se traduz não só em sua importância numérica no mercado de trabalho (Dedecca & Silva, 2013), como também na ampliação do leque de ocupações de nível auxiliar/técnico, apresentando forte diversificação. Chama-se atenção para a necessidade de se empreender análises que apreendam essa complexidade considerando aspectos no que se refere a natureza do trabalho; setor de atuação; incorporação de tecnologia; condições de contratação e remuneração; e estímulo das políticas públicas. As políticas públicas de saúde priorizadas no período vêm repercutindo na dinâmica do emprego para os trabalhadores técnicos, especialmente no setor público, cabendo sinalizar para o fato de que as ocupações destinadas a esse nível de escolaridade não devem ser analisadas como um grande conjunto homogêneo, pois apresentam comportamento diferenciado no que se refere à inserção dos trabalhadores.

Os dados apresentados anteriormente confirmam a histórica concentração, ainda que decrescente, de postos de trabalho na área de enfermagem, o que leva muitas ocupações a serem consideradas menos expressivas por estudos da área, na medida em que representam um percentual muito aquém com relação ao grupo da enfermagem. Cabe observar que a estrutura ocupacional da saúde é historicamente relacionada à implementação de políticas públicas, devendo-se, portanto, escapar de classificações baseadas apenas em indicadores numéricos.¹³ Ressalta-se, assim, a importância do processo de constituição do SUS na distribuição dos postos de trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde nas últimas décadas, já que mesmo constatando a concomitante expansão do sistema complementar privado nos últimos vinte anos, o setor público ainda constitui um importante mercado de trabalho para as ocupações de nível médio/intermediário (técnico/auxiliar) e principalmente para as de nível elementar, aspecto determinante na configuração dessa estrutura ocupacional. Observa-se ainda que o setor público responde por duas de cada três ocupações nucleares, o que sugere, para Dedecca e Silva (2013), que o gasto público é decisivo não apenas em relação à cobertura do serviço de atendimento como também em relação à sua

¹³ Nogueira (2002), por exemplo, faz uma análise das ocupações em saúde, classificando-as em quatro categorias, conforme sua relação com a esfera pública ou privada: as decorrentes e dependentes da ação do estado; as que são ou deveriam ser estimuladas pela ação do estado; as que correspondem a um contexto técnico e social ultrapassado e estão em processo de ajuste; e as que compõem um rol múltiplo de funções tanto no setor público e privado.

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

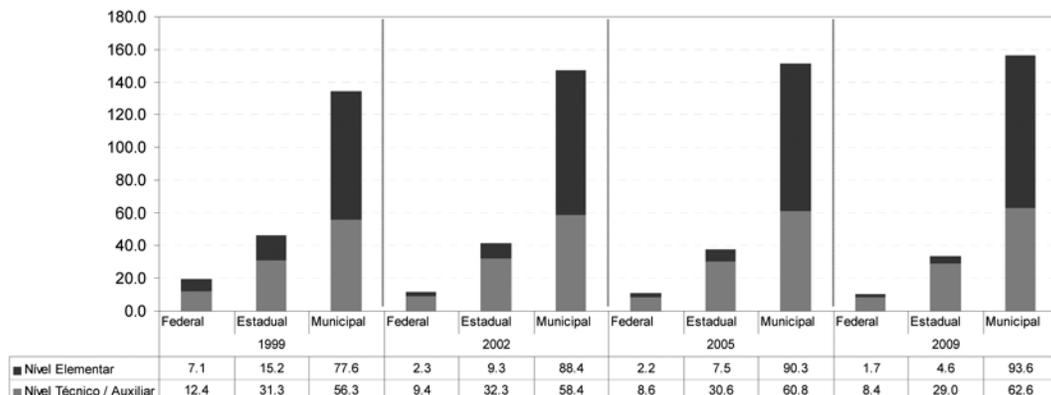
Gráfico 12 – Distribuição percentual dos postos de trabalho de ocupações de nível superior, técnico/auxiliar e elementar segundo setor de atuação. Brasil – 2002-2009



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

O Gráfico 13 reflete a diretriz da descentralização instituída a partir da criação do SUS podendo-se notar que, em 1999, no setor público, os municípios eram responsáveis por 56,3% dos postos de trabalho das ocupações de nível técnico e auxiliar, percentual que segue ampliando-se até 62,6% em 2009. No mesmo período, o comportamento das ocupações de nível elementar da saúde indica uma concentração de 77,6% em 1999 que alcança 93,6% em 2009 na instância municipal. Refletindo as políticas públicas priorizadas no período analisado, destacam-se as ocupações ligadas à ESF, como os agentes comunitários de saúde e os trabalhadores da saúde bucal e a vigilância em saúde, conforme já mencionado, correspondendo à ênfase dada à atenção básica.

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



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

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

Referências

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

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

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

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

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

FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. (Orgs.). *A Formação do Cidadão Produtivo: a cultura de mercado no Ensino Médio Técnico*. Brasília: Inep, 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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