

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
TURMA RETSUS NORDESTE

Patricia Elizabeth da Silva

**ESTUDO DA (I)MOBILIDADE OCUPACIONAL DOS EGRESSOS DO CURSO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ**

Rio de Janeiro

2016

Patricia Elizabeth da Silva

**ESTUDO DA (I)MOBILIDADE OCUPACIONAL DOS EGRESSOS DO CURSO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dra. Marcela Alejandra Pronko

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586e Silva, Patricia Elizabeth da
Estudo da (i) mobilidade ocupacional dos egressos do curso técnico em enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará / Patrícia Elizabeth da Silva. - Rio de Janeiro, 2016.
103 f.

Orientador: Marcela Alejandra Pronko

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Qualificação Profissional. 2. Mobilidade Ocupacional. 3. Enfermagem. I. Pronko, Marcela Alejandra. II. Título.

CDD 331.11423

Patricia Elizabeth da Silva

**ESTUDO DA (I)MOBILIDADE OCUPACIONAL DOS EGRESSOS DO CURSO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 27/07/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marcela Alejandra Pronko – FIOCRUZ/EPSJV

Prof^a Dr^a Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ/EPSJV

Prof^a Dr^a Enirtes Caetano Prates Melo – FIOCRUZ/EPSJV

*Dedico este trabalho
ao meu amado marido, Allan;
à minha irmã, Alessandra,
fonte inspiradora da vida acadêmica;
ao melhor dos seres humanos,
minha mãe, Lúcia.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar e me mostrar que sou protegida e iluminada pela sua presença divina, pela sua compaixão, graça e bondade que estão sempre presentes, sustentando-me em todos os momentos.

À minha família, por seu apoio incondicional e por estarem sempre presentes em todas as etapas da minha vida.

Minha gratidão especial à minha querida orientadora, Marcela. Nunca conseguirei agradecer o suficiente por sua disponibilidade e parceria, pelo apoio constante e incentivo, mesmo à distância, que tornaram possível a conclusão dessa dissertação.

Aos meus amigos de Mestrado, Jadson, Pedro, Flávia e Nélide, com quem formei uma família de verdade. Muito obrigada pelo apoio, carinho e amizade, e por todos os momentos que compartilhamos ao longo desse curso.

Aos egressos do estudo, por disponibilizarem seu tempo e compartilharem seus conhecimentos para a realização desse trabalho.

A todos que diretamente ou indiretamente me ajudaram com a coleta de dados, viabilizando o desenvolvimento dessa pesquisa.

Em especial, ao meu marido Allan, minha fortaleza, meu presente de Deus tão maravilhoso e abençoado. Muito obrigada por sua paciência e principalmente por seu companheirismo. Essa conquista é nossa!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Esse estudo aborda a mobilidade ocupacional dos egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará, da macrorregião de saúde Fortaleza, do período de 2002 a 2012. Seu objetivo foi descrever o perfil pessoal e familiar desses egressos, assim como suas atuais situações trabalhistas no mercado de trabalho. Tratou-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, realizada com 63 egressos de sete municípios polo da macrorregião de saúde Fortaleza. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário que visou identificar o perfil pessoal, familiar e profissional dos egressos, e verificar a ocorrência de mobilidade ocupacional. Os resultados evidenciaram que para a maioria dos egressos, a mobilidade ocupacional ascendente, de forma regularizada, não aconteceu. A maioria permanece contratada como auxiliar de enfermagem, e está satisfeita com a atividade profissional desenvolvida atualmente. A vinculação trabalhista prevalente é a de funcionário público concursado, sem plano de cargos e carreiras que possibilite a mudança de categoria. Os relatos dos egressos apontaram que o maior benefício da qualificação profissional, através da formação técnica, foi a aquisição de conhecimentos na área da enfermagem, e que a mesma não resultou em valorização profissional para os trabalhadores. Concluiu-se que a ênfase na qualificação dos trabalhadores do nível médio da enfermagem precisa ser acompanhada por iniciativas que contribuam para a ascensão profissional desses trabalhadores, com a ampliação da oferta de vagas para técnico de enfermagem nos municípios, e contratação legalizada para essa categoria.

Palavras-chave: Qualificação Profissional. Enfermagem. Mobilidade Ocupacional.

ABSTRACT

This study addresses the occupational mobility of technicians of the Technical Course in Nursing at the School of Public Health of Ceará, of Fortaleza health macro-region, from 2002 to 2012. Their goal was to describe the personal and family profile of these technicians, as well as their current labor situation in the labor market. It was a quantitative and qualitative research conducted with 63 technicians from seven pole cities of Fortaleza health macro-region. In order to collect the data, a questionnaire with the aim to identify the technicians' personal, familiar and professional profile and check the occurrence of occupational mobility, was applied. The results showed that for the majority of the technicians, the upward occupational mobility in a regularized way did not happen. Most of them remains employed as nursing assistant, and is satisfied with its current professional activity. The prevailing labor linkage is as public worker, with no career plan which allows their category change. The reports of the technicians indicated that the greatest benefit of professional improvement through technical training was the acquisition of knowledge in nursing, and that such training did not result in professional development, itself, for them. It was concluded that the emphasis in the medium-level nursing workers training must be accompanied by initiatives that contribute to their professional growth, with the expansion of regularized job vacancies for nursing technicians.

Keywords: Professional Qualification. Nursing. Occupational Mobility

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa das macrorregiões de saúde do Ceará, 2014.....	52
Figura 2 -	Mapa da macrorregião de saúde Fortaleza, 2014.....	53
Figura 3 -	Distribuição das unidades de saúde ligadas ao SUS no Ceará, 2010.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios-polo participantes da pesquisa segundo pontuação das variáveis de educação, saúde, emprego e renda, Ceará, 2016	59
Gráfico 2 - Distribuição dos pais dos egressos do CTE da ESP/CE, segundo o nível de escolaridade, Ceará, 2016.....	66
Gráfico 3 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo nível de escolaridade, Ceará, 2016	68
Gráfico 4 - Distribuição dos estudos de ensino fundamental e médio dos egressos do CTE da ESP/CE segundo o tipo de instituição formadora, Ceará, 2016	69
Gráfico 5 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo os níveis de atenção à saúde, Ceará, 2016	70
Gráfico 6 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE, trabalhadores da área da enfermagem, segundo tipo de vínculo empregatício, Ceará, 2016.	71
Gráfico 7 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo a renda bruta mensal atual, Ceará, 2016	73
Gráfico 8 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo a função de contratação atual, Ceará, 2016	73
Gráfico 9 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo o tempo de serviço no atual local de trabalho, Ceará, 2016	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE por turma e município no período de 2002 a 2012	54
Tabela 2 - Distribuição dos municípios adjacentes por município polo da macrorregião de saúde Fortaleza para as turmas do CTE da ESP/CE no período de 2002 a 2012.....	55
Tabela 3 - Distribuição dos participantes da amostra da pesquisa por município-polo no período de 2002 a 2012.....	58
Tabela 4 - Caracterização dos municípios de procedência dos egressos do CTE da ESP/CE, da macrorregião de saúde Fortaleza, segundo a área, população e índice de desenvolvimento humano.....	58
Tabela 5 - Valores de pagamento para a 1ª inscrição no sistema COFEN/CORENs.....	84
Tabela 6 - Valores de pagamento para inscrição com mudança de categoria/reinscrição.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cefor	Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão de Integração Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CTE	Curso Técnico em Enfermagem
Dieps	Diretoria de Educação Profissional em Saúde
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FISI	Fundo Internacional de Socorro à Infância
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional

PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SESA-CE	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCA	Teoria Cognitiva da Aprendizagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – A MOBILIDADE OCUPACIONAL E SEUS DETERMINANTES	25
1.1 ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E MOBILIDADE DE CLASSE NO BRASIL.....	25
1.2 FATORES QUE INFLUENCIAM NA MOBILIDADE OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES	26
1.2.1 A qualificação do trabalhador.....	28
1.2.2 Trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde	30
1.2.3 Flexibilização e precarização do trabalho na saúde	32
1.3 MOBILIDADE OCUPACIONAL NA ENFERMAGEM.....	35
CAPÍTULO 2 – BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E DA FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM	40
2.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	40
2.2 ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS	44
2.2.1 Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE	46
2.3 FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM	50
2.3.1 Formação Técnica em Enfermagem na ESP/CE	52
CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO	54
3.1 TIPO DE ESTUDO	54
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	55
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	59
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	59
3.5 COLETA DE DADOS	62
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	63
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	64
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	65
4.2 PERFIL FAMILIAR	66
4.3 FORMAÇÃO ESCOLAR	69
4.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL	71
4.5 MOBILIDADE OCUPACIONAL	77
4.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DE DADOS	101

INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata da mobilidade ocupacional dos egressos do Curso Técnico em Enfermagem (CTE) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). O interesse por essa temática iniciou-se com a minha inserção como supervisora pedagógica do referido curso desta Escola. Com a experiência adquirida, observei que o foco está sempre na formação dos alunos, seu propósito e sua finalidade, o que é inerente a uma Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS), mas era inquietante a curiosidade quanto aos resultados dessa formação, referentes à mudança de categoria profissional, visto que apenas a certificação técnica não garante a ascensão ocupacional.

Mais especificamente, me perguntava o que acontecia profissionalmente com esse expressivo número de técnicos de enfermagem formados. Considerando que essa formação foi ofertada por uma instituição pública, através de recursos públicos, para profissionais já inseridos no serviço público, será que havia absorção desses trabalhadores como técnicos de enfermagem no próprio serviço público?

Ao realizar um levantamento bibliográfico a respeito da temática aqui estudada, que trata da mobilidade ocupacional, particularmente da enfermagem, foram encontrados estudos que tratam da ascensão funcional do profissional de enfermagem de nível técnico para o nível superior, e ainda assim em pequeno número. Já o quantitativo de estudos que trata especificamente da questão da mobilidade ocupacional do nível médio da enfermagem, ou mais especificamente, da mudança de categoria dos auxiliares para técnicos de enfermagem, foi inexpressivo.

Portanto, pesquisar sobre a mobilidade ocupacional dos trabalhadores de nível médio da enfermagem, torna-se relevante diante da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e do mercado de trabalho na saúde e mais especificamente na enfermagem, onde os trabalhadores, através da qualificação, buscam empregos com melhores salários e benefícios, na busca também da obtenção de direitos sociais que possibilitem uma mobilidade social ascendente e, assim, conseguir estabilidade, renda compatível com expectativas de padrão de vida, e segurança para seus futuros. No entanto, apesar da qualificação formal poder gerar oportunidades para a carreira profissional, esta não garante a permanência do trabalhador no mercado de trabalho ou sua recolocação no SUS.

Para além da qualificação, a mobilidade ocupacional também está relacionada a outros fatores. Desse modo, é importante considerar, além da formação, as características subjetivas do trabalhador, ou seja, suas competências, e também sua trajetória familiar e profissional.

Somado a tudo isso, destacam-se outros fatores que independem do trabalhador, e são fortes determinantes da mobilidade ocupacional, como a questão da flexibilização de vínculos e da precarização do trabalho na saúde.

As trajetórias ocupacionais dos trabalhadores podem conduzir a tipos diferenciados de inserção no mercado de trabalho e, de forma mais ampla, na própria sociedade. Elas podem ser entendidas como resultado de estratégias de obtenção de postos de trabalho e características relacionadas aos trabalhadores (tipo de atividade laboral desejada; investimento em qualificação profissional e educacional; competências; papel de provedor da família e as responsabilidades decorrentes deste papel; entre outros), podem estar articuladas com as estratégias de inclusão e exclusão de postos de trabalho, e condições de trabalho oferecidas pelo empregador (forma de recrutamento; perfil desejado relacionado à idade, sexo, escolaridade; competências e qualificação profissional, de acordo com o tipo de atividade e tecnologia que será utilizada), ambas determinadas socialmente por fatores econômicos e culturais (SILVA, 2003).

Ademais, a precarização do trabalho aparece como uma relevante característica dos mercados de trabalho no Brasil, independentemente de suas configurações regionais, de setores, de ocupações ou profissões, atravessando as esferas privada e pública, no que diz respeito à produção de bens, ou mesmo à prestação de serviços sociais fundamentais, como a saúde, que deve ser garantida constitucionalmente como direito. Ela pode ser observada em realidades de trabalho bastante heterogêneas, sendo mais frequente nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, nas contratações de trabalho informais, na subcontratação, nos contratos com pagamento por produção, através de cooperativas, entre outros, quase sempre desprovidos de direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros. Porém, também pode estar presente nos vínculos formais de trabalho (CASTRO *et al.*, 2006).

A precarização existente nos vínculos formais de trabalho ficou muito evidente nesta pesquisa, tornando-se o foco da discussão. Verificou-se que mesmo os profissionais que possuem vínculos de trabalho estáveis e duradouros, ainda sofrem com a precarização, visto que mesmo com a qualificação, muitas vezes não apresentam mobilidade ocupacional ascendente.

A precarização afeta tanto os trabalhadores como os serviços prestados, sendo uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de prejudicar a qualidade e o prosseguimento de serviços essenciais ofertados, materializando-se na flexibilização de vínculos empregatícios, na redução dos direitos

trabalhistas e previdenciários, diminuição de concursos públicos etc. (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Diante do exposto, verifica-se que é fundamental refletir sobre os diversos fatores envolvidos na mobilidade ocupacional dos trabalhadores, em particular, na enfermagem, de modo a compreender suas causas e impactos na área da saúde pública. Para isso, faz-se necessário realizar um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil e a formação dos trabalhadores da área da saúde.

A saúde pública no Brasil, ao longo de sua estruturação, enfrenta diversos desafios na tentativa de concretizar-se efetivamente como um sistema universalizado, descentralizado, equânime e comprometido com as necessidades da população, de acordo com as especificidades locorregionais.

Colocando em debate as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo conjunto da sociedade, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi o principal marco da Reforma Sanitária, marcando a história da saúde no Brasil e culminando na proposta de criação do SUS o qual se concretizou a partir da nova Constituição Brasileira de 1988 (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Com a aprovação da Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, o SUS foi instituído, estabelecendo assim um novo modelo de saúde para nosso país, mais centrado nas necessidades locais da população e com diretrizes que englobam não somente a assistência, mas também a gestão, a educação e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

O SUS foi marcado, na década de 1990, por profundas mudanças devido às tensões políticas da época e a reforma do setor saúde no país, impulsionadas pela preponderância do neoliberalismo e suas metas principais, conforme o Consenso de Washington: abertura ilimitada da economia, desburocratização comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado a partir da privatização das empresas estatais e demissões em massa (LIMA, 2010; PRONKO *et al.*, 2011).

Anteriormente à formulação do SUS, a área de recursos humanos em saúde (RHS) representava um tema pouco relevante para o sistema de saúde nacional. No entanto, com o debate social acerca do delineamento e implantação do SUS, os recursos humanos ganharam visibilidade nas CNS somados à iniciativa da criação de uma agenda específica para discussão desse tema, que são as Conferências Nacionais de Recursos Humanos (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

A VIII CNS também gerou visibilidade à complexidade da área de RHS, desencadeando um processo de análise de suas temáticas próprias, que no início da Reforma

Sanitária restringia-se à temática da formação de pessoal, enquanto que outros aspectos como planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação do exercício profissional, eram temáticas pontuais (VIEIRA, 2009).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, declara que compete à gestão do SUS "o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde" (BRASIL, 2003, p.40), o que também aparece na Lei Orgânica da Saúde de 1990, e nas VIII, IX, X e XI CNS (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

A área de RHS vem sendo considerada a mais complexa do SUS reforçando a necessidade de valorização profissional e regulação das relações de trabalho (VIEIRA, 2009). Desta forma, foi criada em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) destacando o papel do gestor federal em relação às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país, com o objetivo de formular ações para o desenvolvimento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2011).

As diretrizes da SGTES visam regular a mobilidade profissional dos trabalhadores da saúde, valorizando a força de trabalho e gerando satisfação com o trabalho, assim como, buscam um maior entendimento do processo de trabalho, a implementação e monitoramento da educação permanente, as mesas de negociação reconhecidas como espaços democráticos para discussão das relações de trabalho, e a instituição de processos de avaliação de desempenho com a participação dos trabalhadores (VIEIRA, 2009).

A partir da XII CNS, realizada em 2003, a Educação Permanente em Saúde passou a ser proposta claramente como uma política de qualificação dos profissionais, surgindo como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. Apesar de parecer apenas uma denominação diferente para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito desafiante para refletir sobre a relação entre educação e o trabalho em saúde, e para colocar em questão as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo além dos conhecimentos técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde, da educação e das relações que se estabelecem nesse campo (CECCIM; FERLA, 2009).

Praticar a educação permanente em saúde não se trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos de forma intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem impulsionada pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida os problemas ou a

problematização da realidade concreta. Dessa forma, a educação permanente é uma estratégia político-pedagógica que parte do pressuposto da aprendizagem significativa (SARRETA, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída através da portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), sendo alterada pela portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), que apresentou novas estratégias e diretrizes para a implementação da PNEPS. Surgiu como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004).

A PNEPS estabeleceu metas e formas de organização para a garantia da formação dos trabalhadores da saúde de maneira contínua, no ambiente de trabalho, conforme as necessidades do serviço. Através dela, foi estabelecida a parceria entre os serviços de saúde, as instituições formadoras, os órgãos de classe dos trabalhadores e a gestão, a fim de propiciar o elo entre o mundo do trabalho e da educação, realizando capacitações que gerem impacto nos processos de trabalho, no atendimento aos usuários e na gestão das unidades (BRASIL, 2004; 2009b).

Stroschein e Zocche (2011), em seu estudo sobre a análise da bibliografia existente sobre as experiências de educação permanente nos serviços de saúde no Brasil, frente à PNEPS, com base em aspectos como: as áreas, os atores, os estados do Brasil envolvidos, o conceito de educação permanente, a metodologia utilizada e o financiamento, evidenciaram que são poucas as experiências de educação permanente nos serviços de saúde que contemplam todos os pressupostos da PNEPS, publicadas no Brasil e que apresentam aderência ao conceito de educação permanente, a aplicação da metodologia da problematização e o financiamento.

Os profissionais de saúde ainda apresentam um perfil que demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas de saúde, no sentido de superação do caráter mercantil, biologicista e rotineiro dos serviços de saúde, para uma prática de saúde ampliada, em que as várias dimensões e determinações passam a ser enfrentadas. Um grande desafio para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS, é a modificação dos perfis de atuação desses profissionais através da educação permanente (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Historicamente, a questão da formação de profissionais de saúde está entre os grandes problemas de saúde pública do país. Especificamente, a discussão sobre a formação de

técnicos na área da enfermagem surge a partir dos anos 1970, onde as mudanças qualitativas ocorridas na sociedade e no trabalho em saúde passaram a exigir, de forma progressiva, trabalhadores de enfermagem com qualificação de nível médio, anteriormente denominada de 2º grau (LIMA, 2010).

Com a Lei federal nº 7.498/86, ficou estabelecido que a enfermagem fosse exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira (BRASIL, 1986) e, diante disto, foi estabelecido o ano de 1996 como prazo para que os atendentes de enfermagem se qualificassem como auxiliares de enfermagem, já que a categoria seria extinta (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007; PRONKO *et al.*, 2011).

A formação profissional de trabalhadores de nível médio em enfermagem foi alvo de iniciativas assumidas pelo Estado, dentre elas destacam-se as que foram implantadas em nível nacional como: Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde (Projeto Larga Escala); o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE); e a criação progressiva das ETSUS e Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (Cefor) (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007). Essas iniciativas serão brevemente descritas a seguir.

O Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi criado em 1963 através de um convênio entre o Ministério da Saúde (MS), o Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI) e a Organização Pan-americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS), para desenvolver planos integrados de formação profissional na área de saúde nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do país, e tinha como objetivo imediato, a formação de auxiliares de enfermagem para os serviços de assistência médico-sanitária naquelas regiões. Apesar dos resultados não terem sido relevantes para a resolução do déficit quantitativo de auxiliares de enfermagem, é importante destacar os debates ocorridos à época que já sinalizavam para aspectos norteadores da melhoria da qualidade da formação (CARVALHO, 2008).

O Projeto Larga Escala foi criado na década de 1980, procedente de um acordo estabelecido entre o MS, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a OPAS. Objetivou a formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental, já inseridos nos serviços de saúde, e possibilitou estratégias que conduziram à viabilização de escolas e centros formadores do SUS (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Para Bassinello e Bagnato (2009), o Projeto Larga Escala se configurou como estratégia de formação, experiência pedagógica, com o objetivo de qualificar a força de trabalho do setor saúde em concordância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que visava à democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor.

Contudo, o Projeto enfrentou dificuldades como mostra Lima (2010), quando houve no início da década de 1990 uma descontinuidade e paralisia da operacionalização do Projeto Larga Escala em decorrência de dificuldades de ordem política e financeira, pois o Projeto sempre esteve à mercê da conjuntura política ou da correlação de forças locais para o desenvolvimento de suas ações.

O PROFABE foi instituído oficialmente em 1999, através da portaria nº 1.262 do MS. Sua formulação e implementação resultou de articulações do MS com o MEC e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Seu foco na área da enfermagem deveu-se ao fato de ter expirado em 1996 o prazo legal concedido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem para, a partir daquele ano não haver nenhum profissional ilegalmente exercendo a profissão, e ainda existir um grande contingente de atendentes de enfermagem atuando nos serviços de saúde público e privado (PRONKO *et al.*, 2011).

De fato, o PROFABE representou um avanço na formação dos trabalhadores da área da enfermagem, pois promoveu oportunidades de formação para um grande número de profissionais. Porém, não foi o suficiente para atender à demanda crescente de profissionais atuantes no mercado de trabalho sem a qualificação necessária, o que acarretou no exercício ilegal da profissão.

É possível afirmar que o PROFABE alcançou seu principal objetivo relacionado à formação de um contingente expressivo de auxiliares e técnicos em enfermagem, congregando as principais reivindicações, recomendações e aprendizados dos programas implantados anteriormente. Seus resultados provocaram um redesenho do problema da profissionalização dos trabalhadores de nível técnico, no sentido de que a insuficiência quantitativa de trabalhadores formados não representava o foco do problema, mas sim a qualidade e a continuidade da formação (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

As ETSUS e os Cefor no Brasil foram criados em sua maioria na década de 1980 num contexto de redemocratização da sociedade brasileira, considerando a necessidade de fortalecimento da educação profissional em saúde e tendo em vista o atendimento das demandas do SUS. Surgiram como estratégia frente à baixa qualificação da força de trabalho empregada nos serviços de saúde e tinham como principal missão “promover a

profissionalização dos trabalhadores de nível médio, sem qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde” (SÓRIO; LAMARCA, 1998, p. 149).

A Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, instituiu a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Seus objetivos são: compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos de educação profissional em saúde; e promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS (BRASIL, 2009a).

Compondo a RETSUS está a Escola de Saúde Pública do Ceará, autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (SESA), criada em 1993 e tendo como missão:

“Promover a formação e educação permanente, pesquisa e extensão na área da saúde, na busca de inovação e produção tecnológica, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o sistema saúde-escola” (CEARÁ, 2012b).

Atualmente a ESP/CE desenvolve, através da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (Dieps), onze cursos de formação profissional técnica, na modalidade presencial, dentre eles o CTE, que é um dos mais antigos da Escola, sendo destinado a auxiliares de enfermagem que atuam nos serviços públicos de saúde do Estado, de maneira a complementar a formação, qualificando seu olhar para o cuidado em saúde (CANUTO *et al.*, 2014).

Os objetivos do CTE da ESP/CE são: formar profissionais técnicos de nível médio para atuação na área da saúde, observando o compromisso social e a ética profissional no desempenho de suas funções; oferecer condições para o desenvolvimento das competências profissionais necessárias e específicas da profissão; promover a formação para atuação em todos os níveis de atenção e para todas as faixas etárias; e propiciar processos de ensino-aprendizagem embasados no reconhecimento da integralidade do cuidado (CEARÁ, 2012a).

A ESP/CE atuou na execução do PROFAE, por meio de Curso de Auxiliar e Técnico em Enfermagem, e atualmente desenvolve Cursos Técnicos em Enfermagem com recursos da PNEPS e do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Qualificou 9.961 auxiliares de enfermagem entre 1993 e 2004 e formou 1.612 técnicos de enfermagem no período de 2002 a 2012 (CEARÁ, 2012a). Dos 184 municípios

das cinco macrorregiões de saúde do Estado do Ceará, 54 deles foram contemplados com turmas do CTE da ESP/CE neste período.

Apesar do cargo e da função de auxiliar de enfermagem não terem sido extintos, atualmente muitas instituições de ensino não ofertam mais a formação de auxiliar de enfermagem, e entre as instituições que ainda ofertam, destacam-se as de iniciativa privada. No caso do Ceará, onde a ESP/CE é uma das poucas instituições públicas de ensino que oferta cursos de formação técnica, o curso de auxiliar de enfermagem não é mais ofertado desde 2005, quando passou a ser ofertado apenas o CTE.

Lima (2010), afirma que desde a criação dos primeiros cursos técnicos de enfermagem, e durante vinte anos (1966-1986), o mercado de trabalho nunca reconheceu possíveis diferenças de atribuições entre o auxiliar e o técnico de enfermagem e, mesmo após a aprovação da Lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício da enfermagem, continuou a não reconhecer, segundo as pesquisas de Peduzzi e Anselmi (2003).

Isso representou uma economia de custos com a força de trabalho, pois se contratavam trabalhadores mais qualificados pelo mesmo custo do auxiliar ou do atendente de enfermagem, submetendo o técnico à lógica da superexploração do trabalho, ou seja, a qualificação mais elevada não significou uma elevação na escala salarial.

Assim, vê-se a importância de investigar a mobilidade ocupacional de egressos do CTE da ESP/CE, a fim de verificar a existência ou não de mudanças de categoria profissional de auxiliar para técnico de enfermagem, assim como de melhoria salarial, e valorização profissional.

A escolha desse tema, portanto, se justifica pela necessidade de uma avaliação dos resultados desta formação técnica, com foco na mobilidade ocupacional, considerando que os auxiliares de enfermagem buscam a formação técnica para alcançarem, além de aquisição de conhecimentos científicos, ascensão profissional, melhoria salarial e mudança de status na equipe, o que muitas vezes se torna difícil diante da precarização do trabalho na área da saúde.

Diante do exposto, para o desenvolvimento da pesquisa, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: “Houve mobilidade ocupacional dos alunos do CTE da ESP/CE após a conclusão do curso?”, “Qual o tipo de mobilidade destes alunos no mercado de trabalho após a conclusão do curso?”, “Quais as causas para a mobilidade ter ou não acontecido?”.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi descrever o perfil pessoal e familiar dos egressos do CTE da ESP/CE, do período de 2002 a 2012, assim como suas atuais situações trabalhistas no mercado de trabalho.

Para a consecução do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever o perfil dos egressos do curso técnico em enfermagem promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará.
- b) Verificar a mobilidade ocupacional destes egressos quanto à mudança de categoria, melhoria salarial e valorização profissional.

Para a consecução desta pesquisa foi realizada uma pesquisa de campo, cuja amostra foi composta por 63 egressos do Curso Técnico de Enfermagem da ESP/CE, procedentes de sete municípios da macrorregião de saúde Fortaleza, onde houve turmas do curso no período de 2002 a 2012, baseada na aplicação de um questionário com abordagem tanto qualitativa quanto quantitativa.

A dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo apresenta a revisão da literatura clássica e atual que sustenta os objetivos deste trabalho. Inicialmente, será realizada uma revisão da literatura sobre a estratificação social e mobilidade de classe no Brasil, seguida da mobilidade ocupacional e seus determinantes como a qualificação do trabalhador e, as trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde, finalizando com a mobilidade ocupacional na enfermagem. Em seguida, será abordada a educação profissional em saúde, e as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, com ênfase na ESP/CE. Por fim, será apresentada a formação técnica em enfermagem de maneira geral, e mais especificamente a ofertada pela ESP/CE.

O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico adotado para alcançar os objetivos desta pesquisa. Inicialmente será apresentado o tipo do estudo adotado, em seguida, será realizada a descrição do local e período do estudo, assim como da população e amostra desta pesquisa, com critérios de inclusão e exclusão. Logo após, será descrito o método de coleta de dados, e os instrumentos utilizados para análise dos dados e, por fim serão apresentados os aspectos éticos da pesquisa.

No terceiro capítulo, a análise dos dados será apresentada na tentativa de responder aos objetivos desta pesquisa. Primeiramente, a caracterização da amostra será apresentada e analisada, seguida da apresentação dos dados quantitativos, por meio de tabelas e gráficos, e dos dados qualitativos, por meio da análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Finaliza-se esta dissertação com as considerações finais sobre esse estudo e recomendações para estudos futuros. Em seguida, têm-se as referências bibliográficas utilizadas, e os apêndices.

CAPÍTULO 1 – A MOBILIDADE OCUPACIONAL E SEUS DETERMINANTES

1.1 ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E MOBILIDADE DE CLASSE NO BRASIL

Segundo a literatura sociológica que trata da sociedade brasileira a partir de uma perspectiva de estratificação social, a estrutura de classes brasileira é composta por uma clara divisão entre o topo e todas as outras classes abaixo. A diferença entre as classes no meio das distribuições (classes médias) e na base (classes baixas) é menor do que entre o meio (classes médias) e o topo (classes altas) (RIBEIRO, 2014).

O topo é a classe mais fechada de todas, no sentido de que as pessoas originárias dali têm chances muito mais altas de permanecerem ou ascenderem para classes ainda mais altas, do que as pessoas que têm pais de origem de classes mais baixas têm de entrar nas classes altas. Isso ocorre porque as pessoas das classes altas têm status ocupacional médio, renda e escolaridade médias, muito mais altas do que as encontradas nas outras classes sociais (RIBEIRO, 2014). Nessa perspectiva, filhos de pessoas sem qualquer escolaridade e com posições de classes baixas têm menores possibilidade de ascender socialmente, quando comparadas aos das classes altas.

A associação entre classes de origem (dos pais) e classes de destino (dos filhos) é de grande relevância, para esses autores, quando se analisa a estratificação social brasileira, e a diferença entre as distribuições de classe de origem e destino são muito acentuadas no país. Essa associação também é uma medida da desigualdade de oportunidades no Brasil.

Nessa perspectiva, a educação é uma das principais maneiras de transpor estas barreiras, pois as pessoas com mais escolaridade não só tendem a ser mais produtivas como têm acesso mais amplo a ocupações que exigem qualificação específica. Porém, não elimina o efeito da classe de origem que permanece significativo e forte, ou seja, as barreiras à mobilidade intergeracional continuam presentes mesmo quando se leva em conta a escolaridade dos indivíduos (RIBEIRO, 2014).

Mesmo a educação sendo o principal mecanismo para a mobilidade de classes, observa-se que há muita desigualdade de oportunidades no Brasil, ou seja, quanto mais altas as classes de origem, maiores as chances de permanecer ou alcançar classes de destino mais altas (RIBEIRO, 2014).

A mobilidade de classes é frequentemente medida de forma quantitativa e, associada à mobilidade econômica, tal como mudança na renda. Na realidade, há um conjunto de outros indicadores para a classificação socioeconômica da população e que podem implicar na

mobilidade de classes. Além da renda, há também a escolaridade, posse de bens duráveis, composição familiar, entre outros. A ocupação é outro importante indicador utilizado na mensuração da mobilidade de classes. Todos esses indicadores são importantes, para essa perspectiva, e devem ser apreciados em conjunto.

Essa mobilidade pode ser classificada em categorias. Se a mobilidade envolve uma mudança de posição, especialmente de ocupação, mas nenhuma mudança na classe social, então é denominada de mobilidade horizontal ou estável. No entanto, se o movimento envolve uma mudança de classe social, então é chamado de mobilidade vertical podendo ser tanto ascendente quanto descendente (RIBEIRO, 2007).

Para Scalon (2001), a mobilidade de classes pode ser dividida em: mobilidade intergeracional, onde há a comparação da posição social entre as gerações passadas e a geração atual, por exemplo, a condição de um filho em relação à condição de seu pai; e a mobilidade intrageracional, onde se compara o desempenho social de uma determinada pessoa ou grupo de pessoas com características comuns, durante um período de tempo. Ou seja, em relação às posições ocupacionais anteriores, desde a entrada no mercado de trabalho, até a posição ocupacional atual.

1.2 FATORES QUE INFLUENCIAM NA MOBILIDADE OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES

A mobilidade ocupacional se traduz no exercício de diferentes ocupações entre dois pontos no tempo (RIBEIRO, 2007), e por sua vez, a ocupação permite uma identificação para a atividade laboral executada. Essa mobilidade tem grande importância na classificação social, podendo ou não implicar em uma mudança de classe social, porém não pode ser considerada de forma isolada, mas sim associada a outros determinantes.

O conceito de mobilidade ocupacional refere-se aos múltiplos deslocamentos do trabalhador entre diferentes ocupações, ou movimentos dos trabalhadores no mercado de trabalho. As ocupações, por sua vez, são ordenadas em escalas que consideram o seu prestígio social, e é a partir dessa escala que se verifica a direção dos fluxos da mobilidade, ou seja, se ela é ascendente, descendente ou sem alteração de hierarquia (PARENZA, 2012).

Para essa pesquisa classificou-se os padrões de mobilidade ocupacional na área da enfermagem como: ascendente (quando há elevação de categoria dentro da área da enfermagem); estável (quando não há troca de categoria, permanecendo na mesma função); e

descendente (quando há mudança de profissão pelo profissional, deixando de trabalhar na área da enfermagem).

Essa mobilidade está diretamente relacionada à instabilidade que caracteriza o trabalho no capitalismo, por sua vez, essa instabilidade é uma das características históricas do mercado de trabalho brasileiro. Em consequência da instabilidade dos vínculos de trabalho, e com isso, da brevidade do tempo de permanência no emprego, as oportunidades de progressão e construção de uma trajetória ascendente dentro de uma instituição são restringidas para a maior parte dos trabalhadores (BALTAR; PRONI, 1996).

Pode-se, então, questionar a probabilidade de um trabalhador vir a encontrar outra ocupação compatível com suas expectativas de vida, que considere e preserve suas experiências e qualificações anteriores. São vários os determinantes dessa mobilidade, podendo ser citados: a qualificação, aquisição de competências, oportunidades do mercado de trabalho, e o tipo de trajetória familiar e/ou educacional. Dessa forma, questiona-se que tipo de trabalhador teria chances de uma mobilidade ocupacional bem sucedida, com ganhos relacionados à mudança de status e melhoria salarial? E que tipo de trabalhador não consegue uma migração ocupacional positiva, permanecendo na mesma função ou em condições piores de trabalho?

Em busca de maior estabilidade, segurança profissional e boa remuneração, os trabalhadores se esforçam para conseguir melhores postos de trabalho, recorrendo para isso, à continuidade da formação/qualificação. No entanto, nem sempre a situação ocupacional buscada no plano das iniciativas de formação profissional se concretiza (CHINELLI *et al.*, 2014). Nesse sentido, a formação e a qualificação não são necessariamente uma solução para o emprego, para a inserção social e profissional, para a adaptação da força de trabalho às mudanças técnico-econômicas e para a competitividade das empresas, muito mais acirrada com a globalização (PARENZA; SANDI, 2009).

Os elementos que definem a mobilidade ocupacional também estão presentes na definição da qualificação dos trabalhadores, portanto, a mobilidade ocupacional pode implicar a qualificação do trabalhador, podendo acarretar em valorização ou desvalorização da sua qualificação, o que se expressa em ganhos ou perdas em termos de posições nos processos de trabalho, no mercado de trabalho e na sociedade (PARENZA, 2012). O que se observa é que ainda há muitos trabalhadores em ocupações e situações de emprego pouco qualificadas.

1.2.1 A qualificação do trabalhador

O conceito de qualificação é propósito de reflexão e debate na sociologia do trabalho desde o pós-guerra na França, conforme elucidam os trabalhos pioneiros dos sociólogos Georges Friedman e Pierre Naville. Tartuce (2004), em seus estudos sobre a qualificação do trabalho a partir da ótica da sociologia francesa do pós-guerra, coloca que a qualificação possui uma trajetória social e interpretativa.

Para Guimarães (2009), a qualificação foi inicialmente abordada a partir do conjunto de características das rotinas de trabalho, expressando-se de forma empírica no tempo de aprendizagem em serviço ou do tipo de conhecimento que seria a base das tarefas que definem certa ocupação. Porém, quando analisada de uma forma isolada, restrita a uma visão objetivista, essa concepção materializa a qualificação num equipamento ou posto de trabalho, e desta forma, reduz as habilidades do trabalhador a um simples requerimento da tecnologia, deixando para trás que esta é fruto de uma complexa construção sociocultural.

“Qualificação do posto de trabalho e qualificação do trabalhador têm fontes distintas e, de acordo com o reconhecimento social que lhes é conferido, podem ou não, credenciar quem os possua” (GUIMARÃES, 2009, p. 339). Portanto, posições consideradas inferiores nas hierarquias organizacionais não significam que são resultantes de uma qualificação inadequada ou da falta de motivação pessoal do trabalhador para alcançá-la. Muitas vezes essas habilidades dos trabalhadores de níveis inferiores da hierarquia não representam uma qualificação, já que não foram adquiridas por meio formal de educação, mas através da experiência de trabalho.

No Brasil, a discussão em torno da qualificação ganhou força entre os anos 1980 e 1990, sendo no fim da década de 1990 que a centralidade da qualificação passou a ter domínio público, aparecendo nos discursos do governo, sindicatos e da mídia, como instrumento para a solução de problemas individuais e sociais, como conquista de uma colocação no mercado de trabalho e aumento da produtividade para as empresas com conseqüente desenvolvimento econômico e social para os países (TARTUCE, 2004).

A questão da qualificação ao ser incorporada à agenda do campo educacional provocou uma aproximação entre sociólogos e educadores, acrescentando ao debate novas questões como o tipo de formação necessária ao novo trabalhador. Hoje o debate sobre a qualificação da força de trabalho atravessa diversas áreas do conhecimento, além da sociologia e educação, sofrendo críticas e sendo repensado, o que permite sua renovação em termos teóricos e metodológicos (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

À medida que a qualificação ganhou destaque, foi simultaneamente questionada pelo conceito de competências, que reivindica para si o poder de dar conta das características subjetivas hoje valorizadas e requeridas pelas empresas e pelo mercado de trabalho em geral. A noção de competência nasceu em um contexto de crise e redefinição do modo de acumulação capitalista e passou a determinar o processo educativo escolar em uma perspectiva pragmática, adaptativa e individualizante (LIMA, 2010).

O deslocamento da noção de qualificação para a de competência se dá em correspondência à passagem do padrão taylorista-fordista para a organização flexível do trabalho. O conceito de competência indica as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e exigências cada vez maiores de qualidade dos serviços, o que conseqüentemente demandam novos atributos e habilidades dos trabalhadores, o que nem sempre está relacionado ao conhecimento profissional, mas associado à subjetividade e suas formas de expressão no espaço de trabalho (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

O processo de flexibilização organizacional modificou diversos aspectos da produção e organização do trabalho, e a adoção de modelos flexíveis de produção em vez de romper com o modelo anterior, acentuou o caráter instrumental das práticas organizacionais. Antes, nos modelos fordistas de produção exigia-se do trabalhador uma postura altamente técnica e especializada, a fim de garantir o sucesso da produção em massa. Depois, nos modelos flexíveis de produção, passou a ser exigida do trabalhador uma requalificação, em função das alterações na tecnologia empregada na produção, assim como foi dada ênfase na necessidade de características subjetivas, como a capacidade de assumir riscos e lidar com situações inesperadas, além de criatividade e flexibilidade.

Desta forma, percebe-se que os novos padrões de produção demandam além de conhecimentos técnicos, as características subjetivas dos trabalhadores. Assim, a noção de competência expressaria coerentemente esta dimensão, pois seu significado destacaria as capacidades cognitivas e socioafetivas que também são mobilizadas pelos trabalhadores na realização de suas tarefas profissionais (RAMOS, 2001).

Diferentemente do conceito de qualificação que se consolidou como um conceito central para a classificação dos empregos pela sua multidimensionalidade social e coletiva, as competências destacam os atributos individuais do trabalhador. Dessa forma, o desemprego e as diversas formas de trabalho precário passam a ser explicadas pela falta de competência do trabalhador e sua empregabilidade ou falta dela, é uma responsabilidade individual (RAMOS, 2009).

A ideia de competência passou a complementar o conceito de qualificação, na medida em que as formas flexíveis e participativas de organização de trabalho da atualidade exigiram conhecimentos específicos e direcionados (qualificação), bem como capacidade de lidar com as rápidas mudanças no decorrer do processo do trabalho, que necessitariam de elementos subjetivos como iniciativa, criatividade ou capacidade de assumir riscos (competência). Porém, as organizações se apropriaram do conceito de competência de forma equivocada, como forma de explorar ainda mais os trabalhadores.

Esse deslocamento da qualificação para as competências no plano de trabalho produziu também um deslocamento no plano pedagógico, onde o ensino centrado em saberes disciplinares foi deslocado para um ensino pela produção de competências constatados em situações e tarefas específicas do trabalho. Essas competências são definidas com referência às situações que os alunos devem ser capazes de compreender e dominar (GUIMARÃES, 2009).

Nesse contexto, o conceito de competência, elaborado a partir de uma visão do mundo social em que o modelo de referência é a empresa do “novo capitalismo”, destaca a dimensão subjetiva do novo trabalhador. No entanto, assume-se o conceito de qualificação como mais pertinente a um debate mais aberto a respeito das políticas de regulação do trabalho e da educação na saúde. Esse conceito de qualificação, que foi construído a partir das lutas sociais, abrange tanto a dimensão histórica e cultural do trabalho, como também os aspectos que referentes ao processo de trabalho e ao modo de ser do trabalhador, permitindo captar a relevância das questões da subjetividade e do reconhecimento no trabalho (VIEIRA, CHINELLI, 2013).

Em um contexto de altos índices de desemprego, segmentação do mercado de trabalho caracterizado pela alta flexibilidade, com situações de trabalho diferenciadas, desiguais e muitas vezes precárias, e flexibilização dos vínculos empregatícios, torna-se importante recuperar o conceito que afirma ser a qualificação construída socialmente, para observar as estratégias desenvolvidas pelas categorias dos trabalhadores para inserir-se ou manter-se no mercado de trabalho (TARTUCE, 2004).

1.2.2 Trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde

Para entender como ocorre a mobilidade ocupacional e suas repercussões na vida de um trabalhador, é necessário conhecer sua trajetória ocupacional. Esse conhecimento torna-se relevante na medida em que possibilita dar visibilidade às diversas formas de participação

efetiva dos trabalhadores no mercado de trabalho e, desta forma, desvelar aspectos referentes à sua vida produtiva.

A trajetória ocupacional é determinada não somente pelas estratégias de ação do trabalhador ou por sua qualificação profissional, mas considerando também os atributos individuais como idade, sexo e raça, assim como de redes de contatos profissionais amplas e eficazes, estrutura familiar, estratégias das empresas quanto à criação ou extinção de postos de trabalho e do preenchimento dessas vagas (SILVA, 2003).

No âmbito da saúde pública, a trajetória também pode ser determinada pelas formas de contratação dos trabalhadores, visto que para aqueles que possuem um vínculo de trabalho formal e estável (funcionários públicos concursados), suas trajetórias podem ser reduzidas a uma única categoria, sem oportunidades de crescimento profissional, quando não há um plano de cargos e carreiras que possibilite isso.

As concepções das trajetórias ocupacionais de caráter liberal ou subjetivo que focam apenas nas ações individuais dos trabalhadores, deixando de lado a dinâmica estrutural do mercado de trabalho, são descartadas, pois este último aspecto, pode ser o determinante das possibilidades concretas de inserção profissional e condições de trabalho passíveis de serem escolhidas pelos trabalhadores.

Muitas vezes há poucas oportunidades de melhoria de posição para uma grande proporção de trabalhadores com a mesma qualificação. Em mercados de trabalho muito competitivos, seja devido ao desemprego, ou em razão do significativo número de trabalhadores com qualificação semelhante, há uma tendência do trabalhador a valorizar a permanência no emprego atual. Desta forma, o tempo de serviço pode indicar tanto boa quanto má qualidade das ocupações.

Na área da saúde as trajetórias ocupacionais dos trabalhadores tendem a ser mais estáveis e previsíveis quando estes trabalhadores já estão inseridos no mercado de trabalho em saúde. É possível afirmar que, antes da inserção na área da saúde, as trajetórias de vida destes trabalhadores podem ser descontínuas e sem coerência entre qualificação e ocupação. Assim, trabalhar pode significar a oportunidade de dar prosseguimento aos estudos, considerando também que o início da vida produtiva não se configura como uma etapa de um projeto profissional claramente definido, que se desdobra de forma linear ao longo do tempo (CHINELLI; VIEIRA; MENEZES, 2014).

A força de trabalho considerada qualificada no momento da contratação não é capaz de garantir a empregabilidade permanente do trabalhador, uma vez que as mudanças estruturais dos serviços nas empresas transformam a natureza e a forma de realizar tarefas,

exigindo novos conhecimentos dos trabalhadores e defasando a qualificação profissional anteriormente adquirida.

A necessidade de qualificação por parte desses trabalhadores também se expressa pelo avanço da tecnologia na saúde, que exige um trabalho mais qualificado, no sentido que é preciso ter mais conhecimento tanto para entender o funcionamento dos equipamentos, quanto da fisiologia humana e dos estados de saúde graves e complexos. A introdução de inovação tecnológica não substitui o trabalho humano, ao contrário, acentua a necessidade de formação e qualificação permanente dos trabalhadores. O que se percebe é que não há rotatividade de emprego, mas sim o acúmulo de funções.

A forma como o mercado de trabalho vem se estruturando, passa a responsabilizar o trabalhador por manter-se “empregável”, no sentido de estar sempre atualizado, a fim de garantir um diferencial para o mercado de trabalho. Desta forma, verifica-se a transferência da responsabilidade pela qualificação do trabalho das instituições para os trabalhadores (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Em especial para os trabalhadores da área de enfermagem, as trajetórias ocupacionais tendem a ser mais previsíveis pela exigência inicial de formação técnica, e possibilidade de dar continuidade a um processo de profissionalização na área, através do ensino superior de enfermagem, seguido de pós-graduação na área, caracterizando uma mobilidade ocupacional ascendente. No entanto, percebe-se que mesmo com a qualificação, essa trajetória ascendente dentro desta área muitas vezes não acontece, em decorrência de outros fatores como a precarização do trabalho.

Os profissionais da enfermagem são cada vez mais necessários, e sua atuação na área da saúde é imprescindível. No entanto, a classe é desvalorizada, assim como a qualificação do trabalhador, o que se agrava pela flexibilização dos vínculos de trabalho e a precarização, que contribuem para a existência de remunerações diferentes para trabalhadores da mesma categoria, muitas vezes abaixo da média nacional, e pelo acúmulo de jornadas de trabalho.

1.2.3 Flexibilização e precarização do trabalho em saúde

No Brasil, nas últimas décadas, tem-se evidenciado um novo modelo de organização do trabalho, baseado na flexibilidade das relações e na sua progressiva desregulamentação nos âmbitos público e privado. Observa-se uma desestruturação do sistema ocupacional brasileiro, antes mesmo que ele tivesse chegado a alcançar níveis razoáveis de formalização e consolidação. Houve um período de crescimento do mercado de trabalho urbano no Brasil

(dos anos 30 até fins dos anos 70 do século XX), seguido de problemas na economia brasileira (anos 1980) que levaram à baixa geração de empregos formais e à estagnação no grau de formalização do mercado de trabalho. Então, em 1990, dando continuidade a esse processo, aumentou o desemprego e o crescimento do trabalho informal (CASTRO *et al.*, 2006; KALLEBERG, 2009).

No âmbito do setor público no Brasil, a condição de trabalho precário ganhou forma a partir da Emenda Constitucional nº 19/1998. Esta emenda alterou os dispositivos da Constituição Federal, referentes à Administração Pública e ao servidor público. As principais alterações decorrentes dessa reforma no Brasil foram: a flexibilização das relações jurídico-funcionais entre a administração e seus agentes públicos; a abolição da exigência de regime jurídico único, a flexibilização da estabilidade dos serviços estatutários, redução de direitos e vantagens legais dos serviços públicos, etc. (BRASIL, 1998).

Como resultado de um cenário de instabilidade, decorrente do novo modelo de organização econômica, são vistas significantes reconfigurações no mercado e nas relações de trabalho, produtores de novos formatos de contratação e novos regimes de trabalho. A partir desse contexto, permitiu-se a multiplicidade de formas de vínculos, que inclui desde o estatutário (regime jurídico único), passando pelo celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, até os vínculos temporários (contrato por tempo determinado) e terceirizados.

São várias as definições na literatura para o trabalho precarizado, porém elas têm em comum a vulnerabilidade na garantia do direito à proteção social, e na segurança e estabilidade do trabalho. Aqui será definido como a “condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador” (CASTRO *et al.*, 2006, p.3). Porém, deve-se estar atento ao fato de que nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização, ou seja, o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal.

A flexibilização, que caracteriza as relações atuais do sistema ocupacional e os novos formatos de contratação, é o principal determinante da precarização. Atualmente, o contexto político e econômico brasileiro, principalmente na área pública tem contribuído para que os gestores, na tentativa de reduzir gastos, optem pela redução de recursos humanos ou pela flexibilização das relações de trabalho, ampliando a contratação terceirizada, o que interfere na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014). Desse modo, a flexibilidade do trabalho minimiza os custos fixos laborais e neutraliza, em muitos casos, o poder das organizações de trabalhadores.

Na área da saúde, o que se observa é que em uma mesma instituição, e muitas vezes em um mesmo setor desta instituição, podem coexistir relações e contratos múltiplos de trabalho, e conseqüentemente diferentes remunerações e jornadas de trabalho entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, o que segmenta ainda mais os trabalhadores entre si, desmotivando aqueles com vínculos precarizados. A vulnerabilidade do vínculo, causadora de grande insegurança no mercado de trabalho, expõe o trabalhador a uma subcondição, impossibilitando-o de gozar plenamente de seus direitos trabalhistas (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Diante da expansão do trabalho precarizado na saúde, o MS criou em 2003 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, como uma estratégia de ação do Governo Federal com o objetivo de elaborar políticas e formular diretrizes para desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, destaca-se a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), fortalecendo os mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores da saúde, e se apresentando como espaço de diálogo e pactuação entre gestores e trabalhadores, funcionando como importante ferramenta para a gestão do trabalho na saúde, visando à melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores do SUS. Do mesmo modo, funcionam as Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente como um instrumento de gestão que possibilita monitorar as condições e relações de trabalho, de forma a propor soluções para a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores no sistema local de saúde (BRASIL, 2003).

Em 2012, visando apoiar técnica e financeiramente estados e municípios, o MS lançou a Portaria 2.517/2012, com investimento de R\$ 29 milhões, voltados para projetos de planos de carreira e desprecarização do trabalho. O foco principal era melhorar as condições de vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde, incentivando a criação de planos de carreira para fixar os profissionais necessários na atenção básica ou nos serviços de alta e média complexidade (BRASIL, 2012).

Ainda assim, é notório que existe um quantitativo expressivo de trabalhadores da saúde que permanecem com vínculos de trabalho precarizados que desrespeitam o valor social do trabalhador e seus direitos consagrados na Constituição de 1988. Também são poucos os municípios que realizam a contratação de seus funcionários por meio de concurso público.

Os concursos são uma das reivindicações das entidades sindicais que representam a classe trabalhadora, que defende a posição de que, além dos aspectos relacionados à proteção social, a condição de trabalho precário se caracteriza “não apenas como a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso

público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS” (BRASIL, 2006, p. 13).

Iniciativas como estas, ainda que de modo insuficiente, apontam na direção das soluções para esta situação de degradação acentuada das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde. No entanto, os setores organizados da área da saúde devem estar atentos, participando e contribuindo, para que este problema que atinge os trabalhadores do setor público de saúde seja resolvido.

1.3 MOBILIDADE OCUPACIONAL NA ENFERMAGEM

A mobilidade ocupacional na enfermagem é um fenômeno almejado pelos profissionais desta área cada vez com maior intensidade, onde o profissional ao buscar outra formação dentro da mesma área não visa somente melhores salários, já que os rendimentos dos profissionais desta área são poucos promissores quando comparados com outras profissões, mas também aquisição de conhecimentos e, por consequência, ascensão profissional.

O que se percebe é que nem sempre a escolaridade está associada ao cargo ocupado, confirmando o que vem sendo denominado de hiperqualificação¹. Há casos em que os profissionais de nível médio da enfermagem que concluem a formação de nível superior nesta área permanecem inseridos como profissionais de nível médio, seja pela pouca oferta de postos mais qualificados, pela estabilidade adquirida, pelo tempo de vínculo, pela proximidade da aposentadoria ou pela natureza do trabalho que permite acumular inserções diferenciadas (CHINELLI; VIEIRA; MENEZES, 2014).

É importante destacar que há uma grande diferença quando se considera que se os profissionais não conseguem uma mudança de categoria de forma regularizada em contrato e conselho da profissão, realmente pode-se afirmar que a mobilidade é estável, mas quando se considera que na prática do serviço esses mesmos profissionais afirmam que passaram a exercer a função do técnico em enfermagem, então a mobilidade passa a ser ascendente.

¹ Hiperqualificação define-se por uma nova forma de cultura corporativa da empregabilidade segundo a qual as organizações ocupam seus postos de trabalho com profissionais de qualificações e especializações superiores, o que, no passado, era feito com exigência somente de graduação. Pode se estender esse conceito às contratações de trabalhadores com qualificação acima do necessário para o posto de trabalho em questão.

São três pontos que devem ser considerados quando se procura entender as causas para que a mobilidade que se verifica muitas vezes acontecer na prática, não se concretiza na regularização da categoria. São estes: formação educacional, os órgãos de representação da profissão, e a prática do serviço.

No eixo relacionado à formação educacional se verifica que há uma diferença nítida entre o auxiliar e o técnico de enfermagem. Conforme a hierarquia das profissões da área da enfermagem, o técnico está acima do auxiliar, portanto, deve-se considerar que são certificações, matrizes curriculares e carga horária dos cursos diferentes.

No eixo relacionado aos órgãos que representam a profissão, em especial o que fiscaliza o exercício da profissão, ou seja, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), também há uma diferença muito clara entre o auxiliar e o técnico de enfermagem, no sentido de que são regularizações diferentes e inscrições distintas e que, para exercer uma determinada função, o profissional precisa estar regularizado como tal, o que vai além da certificação. Desta forma, essa diferenciação se torna muito clara considerando que cada um, auxiliar e técnico, têm registros diferentes, pagam valores de anuidade diferentes, sendo o valor do técnico maior que o do auxiliar e, principalmente de acordo com a Lei 7.498/86 que regulamenta o exercício da enfermagem, auxiliares e técnicos tem atividades diferentes a serem realizadas em serviço.

Conforme a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências, em seu artigo 12º:

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

De acordo com o artigo 13º da mesma Lei citada:

O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; d) participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

Os limites das atividades do auxiliar e do técnico de enfermagem, assim como, do enfermeiro estão definidos no Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, sobre

o exercício profissional da enfermagem. As competências do técnico de enfermagem estão descritas no artigo 10º, e as do auxiliar, no artigo 11º do referido Decreto.

As funções de cada categoria são divididas por nível de complexidade e são cumulativas, pois se constituem em trabalhos complementares, originários do processo de divisão do trabalho de enfermagem. Desta forma, ao técnico, particularmente, competem as suas funções específicas e as dos auxiliares. A todas as categorias compete integrar a equipe de saúde e promover a educação em saúde.

Cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde, participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além das atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro (BRASIL, 1987).

A única categoria com todas as atividades especificadas em Lei é a dos auxiliares de enfermagem. Além de integrar a equipe de saúde e educar, cabe ao auxiliar preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; executar tratamentos prescritos; prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e, zelar por sua segurança; zelar pela limpeza e ordem dos materiais, equipamentos e dependências de unidades de saúde; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; além de participar dos procedimentos pós-morte. (BRASIL, 1987).

É também de responsabilidade do auxiliar:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral; b) realizar controle hídrico; c) fazer curativos; d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio; e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas; f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; g) realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio de diagnóstico; h) colher material para exames laboratoriais; i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; j) circular em sala de cirurgia e se necessário, instrumentar; l) executar atividades de desinfecção e esterilização (BRASIL, 1987).

Diante do exposto, observa-se que há uma diferenciação, no nível de complexidade, entre as atividades do auxiliar e do técnico de enfermagem, sendo as do auxiliar minuciosamente descritas. Vale ressaltar que o técnico desenvolve as atividades de maior complexidade, quando comparadas as do auxiliar, podendo também executar atividades do auxiliar, de tal forma que na prática do serviço, a relação da diferenciação de atividades realizadas por um e por outro, se torna muito estreita.

Outro fator importante é que em algumas instituições de saúde como hospitais que oferecem serviços de alta complexidade como terapia intensiva e emergência, há uma

exigência do COREN de que para atuar nesses setores citados, os profissionais de nível médio da enfermagem precisam ser técnicos não só certificados como também devidamente registrados e regularizados.

O eixo da prática em serviço vem em contraposição aos eixos anteriores, pois o que se observa é que a realidade tanto das instituições em saúde quanto dos trabalhadores é bem diferente, pois na prática essa distinção entre auxiliares e técnicos de enfermagem parece não existir.

As mudanças no mundo do trabalho vêm exigindo readaptação dos profissionais ao mercado, assim como de profissionais de saúde na reorganização do setor no país. Diante desta realidade, os trabalhadores que buscam empregos com melhores salários e benefícios, buscam também a obtenção de direitos sociais que possam garantir uma mobilidade social ascendente, e assim, conseguir estabilidade, tranquilidade, renda compatível com expectativas de padrão de vida, e segurança para seus futuros.

Portanto, observa-se que os trabalhadores estão em busca de estabilidade, através de vínculos formais e estáveis de trabalho, com a garantia de proteção social e mais segurança. Porém, diante da alta flexibilização de vínculos e precarização do trabalho, essa estabilidade torna-se difícil de ser alcançada.

Os trabalhadores da enfermagem, mesmo quando já inseridos em uma relação de trabalho juridicamente protegida, muitas vezes revelam o desejo de ampliar sua formação em busca de inserções laborais que proporcionem melhores condições de vida, reconhecimento e realização pessoal. Isso pode ser facilitado quando há um plano de cargos, carreiras e salários que é um importante instrumento gerencial para as questões relacionadas à remuneração e carreira profissional dentro de uma organização, permitindo ao trabalhador enxergar uma possível trajetória em termos de evolução salarial e perspectivas de carreira.

O plano, no serviço privado, possibilita ao trabalhador crescer dentro do programa tanto horizontalmente (trocando de faixa salarial dentro do mesmo cargo ou função), quanto verticalmente (mudando de nível hierárquico ou cargo). Frequentemente essa iniciativa incentiva o trabalhador a estar em constante evolução e aperfeiçoamento, visando seu crescimento profissional na Instituição.

Vale ressaltar as dificuldades dos trabalhadores de nível médio da enfermagem para conciliar estudo e trabalho, considerando que muitos têm dois empregos em Instituições de saúde distintas, ou um duplo vínculo empregatício em uma mesma instituição. Esta forma de vinculação permite aos funcionários trabalharem em dupla jornada, sendo, muitas vezes, um vínculo devidamente formal e outro informal, de caráter temporário, que servirá tanto para

suprir as necessidades de recursos humanos da Instituição, quanto para aumentar a renda salarial do trabalhador. Essas relações informais de emprego que caracterizam a precarização do trabalho estão presentes tanto no mercado de trabalho público quanto no privado.

Porém, o duplo vínculo não é uma boa condição de trabalho, visto que, acumular jornadas pode gerar doenças para o trabalhador e riscos de que ele cometa erros em serviço. Muitas vezes essa condição também resulta em falta de tempo para atender as suas necessidades pessoais, de lazer, descanso, família e sono, acarretando no motivo para interrupção ou desistência dos estudos.

Na enfermagem, a busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização, através das qualificações, não é sinônima de garantia de melhorias de trabalho ao profissional, ou de uma mobilidade ocupacional ascendente. Apenas a qualificação não garante isso, pois como já foi dito, são muitos os outros fatores que influenciam na ocorrência da mobilidade.

Os trabalhadores da enfermagem enfrentam, em sua maioria, condições de trabalho geralmente insatisfatórias, pois frequentemente se sujeitam a jornadas duplas de trabalho pela necessidade de melhorar a renda familiar e, conseqüentemente, a sua vida fora do trabalho, além de trabalharem em ambientes muitas vezes insalubres.

CAPÍTULO 2 – BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E DA FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM

2.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O ensino profissionalizante no Brasil nasceu sob o estigma da discriminação e até hoje persiste este estigma de que o ensino profissionalizante é para aqueles das classes menos favorecidas, enquanto “o saber” é para a elite. A história do ensino brasileiro mostra essa dualidade e reforça a estigmatização do processo educacional do trabalhador (NASCIMENTO; COLLARES, 2005).

O acesso à educação tanto geral quanto profissional não foi ofertado a milhares de brasileiros ao longo do tempo, o que na impossibilidade de conclusão dos estudos, acarretou na inserção no mercado de trabalho em saúde como forma de subsistência. Nesse contexto, os trabalhadores que atuaram e atuam na área da saúde sem formação profissional e/ou qualificação específica para o trabalho que desenvolvem, não alcançam crescimento profissional, nem melhorias de salário ou registro profissional nos conselhos de classe. Dessa forma, esses trabalhadores têm sido excluídos, com pouco reconhecimento profissional e social (SÓRIO, 2002).

A década de 1970 foi marcada pela Lei nº 5.692/71, que reformulou o ensino de 1º e 2º graus no país, estabelecendo compulsoriamente a profissionalização como única finalidade para o ensino de 2º grau (CAMPELO; LIMA FILHO, 2009). A Lei citada reconheceu a integração completa entre o ensino profissionalizante e o sistema regular de ensino, rompendo com uma tradição secular que não vinculava o ensino médio exclusivamente ao ensino profissionalizante, e tornou obrigatório que o estudante adquirisse uma profissão, mesmo aquele que buscava o 2º grau como meio de alcançar o ensino superior (NASCIMENTO; COLLARES, 2005).

Nos anos 1980, a Lei 7.044/82 retirou a obrigatoriedade de habilitação profissional no ensino de 2º grau e, desta forma, a educação profissional voltou a restringir-se às escolas técnicas. Somente nos anos 1990, com a Lei 9.394/96, atual Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a identidade do ensino médio se configurou como uma etapa de consolidação da educação básica, e pela primeira vez constou em uma lei geral da educação brasileira um capítulo específico sobre a educação profissional (CAMPELO; LIMA FILHO, 2009).

A reforma da educação profissional ocorreu em consequência do Decreto 2.208/97 e do Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP) e suas ações decorrentes. O

PROEP foi o principal programa que pôs em prática o Decreto 2.208/97, iniciado em 27 de novembro de 1997, com vigência até 2006. Surgiu de uma iniciativa do MEC em parceria com o MTE. Seu objetivo era promover ações integradas de educação com o trabalho, a ciência e a tecnologia, em articulação com a sociedade, constituindo-se em um programa destinado à modernização e à expansão do sistema da educação profissional (MEC, 2005).

Os recursos para o financiamento do PROEP foram provenientes do Banco Mundial e do Governo Federal, através do MEC e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Esses recursos foram utilizados para investimento na área da educação profissional, incluindo ações de reforma e ampliação de instituições federais ou estaduais já existentes, como também para a construção de centros de educação profissional. Os recursos poderiam então ser utilizados para a aquisição de equipamentos técnico-pedagógicos e de gestão; aquisição de materiais de ensino-aprendizagem; capacitação dos docentes e de pessoal técnico-administrativo; prestação de serviços e consultorias para a realização de estudos nas áreas técnico-pedagógica e de gestão (SALVADORI, BONI, 2007).

A partir desta reforma da educação profissional o ensino médio retomou um sentido unicamente propedêutico em termos legais, enquanto os cursos técnicos, separados do ensino médio obrigatoriamente, passaram a ser oferecidos de duas formas: concomitante ao ensino médio, mas com matrículas e currículos distintos; ou subsequente ao ensino médio (PACHECO, 2012).

O dualismo entre a formação geral e formação profissional foi reforçado com a aplicação desse decreto, característico da educação profissional brasileira, mantendo em sua estrutura a separação entre a formação geral, destinada ao preparo para o ensino superior, e a formação técnica, que preparava para o mercado de trabalho (COELHO, 2013).

Vários fatores como a exclusão do processo educativo; o déficit de escolas profissionais para atender às necessidades de qualificação de pessoal para a área da saúde, na quantidade e qualidade necessárias; a falta de uma política e de artifícios que possibilitassem a formação em saúde; os diferentes perfis sociais dos trabalhadores já empregados; e as qualificações iniciais feitas por meio de treinamentos pontuais realizados em serviço, justificam a necessidade de criação de escolas específicas para formação dos trabalhadores da saúde, na tentativa de oportunizar a estes, ensino de qualidade (SÓRIO, 2002).

A formulação e implementação de políticas de formação profissional em saúde nos anos 2000, como o já citado PROFABE, o PROFAPS, lançado em 2009, por meio da Portaria nº 3.189, entre outros, objetivaram ampliar o nível de escolaridade dos trabalhadores técnicos

em saúde do SUS. No final dos anos 1990, o MS criou esses programas visando à profissionalização dos trabalhadores de nível médio (VIEIRA, CHINELLI, 2013).

Apesar de ocuparem lugar de destaque na agenda da área da educação em saúde, esses programas de formação profissional não foram acompanhados de políticas públicas de gestão e qualificação do trabalho em saúde de forma a atender às demandas de consolidação do SUS conforme indicava a reforma sanitária. Vale ressaltar que, apesar do estímulo à formação técnica empreendido nos últimos anos, a oferta de cursos de formação profissional propriamente dita por parte do setor público continua insuficiente e pontual (VIEIRA, CHINELLI, 2013).

A história do PROFAPS ascende a 2006 quando, durante o Seminário Internacional de Educação Profissional em Saúde, o MS anunciou os primeiros passos para sua materialização. Nesta ocasião, já aparecia delineada a necessidade de qualificação de técnicos em Vigilância em Saúde e Radiologia, e estimava-se que havia uma demanda para a formação de 700 mil trabalhadores, segundo dados enviados ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), instituição que financiou o PROFAE (MATHIAS, 2010).

O PROFAPS apresentou como proposta inicial a formação técnica em quatro áreas consideradas estratégicas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) — Vigilância em Saúde, Radiologia, Citopatologia e Hemoterapia, além das formações em Saúde Bucal, Prótese Dentária, Manutenção de Equipamentos e Enfermagem. O programa também previa a qualificação em Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família, e para os profissionais de enfermagem que atuassem em instituições de longa permanência e, ainda, a formação dos agentes comunitários de saúde (ALGEBAILLE, 2011).

Inspirado no PROFAE, cujo foco era a formação em massa na área da enfermagem, o PROFAPS é tido como um passo importante em direção à formação de uma força de trabalho em saúde mais especializada, que atendesse, em especial, às regiões onde há escassez crônica desse tipo de profissional. (MATHIAS, 2010).

Assim como no PROFAE, a princípio, o PROFAPS tinha dois componentes que incluíam a profissionalização do trabalhador e esta, com dois subcomponentes: formação e especialização, e o fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras, abrangendo quatro subcomponentes: formação docente, ETSUS, estudos e pesquisas e certificação profissional (GALVÃO, 2011).

O programa determinou que as ETSUS e os Cefor vinculados às gestões estaduais e municipais de saúde tivessem prioridade na formulação e execução técnica e pedagógica dos cursos. Desta forma, a ESP/CE, através da Dieps, vem executando através do PROFAPS, dez

cursos entre técnicos e pós-técnicos, construídos sob as perspectivas da PNEPS, buscando transformar e qualificar as práticas de saúde por meio da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores.

O PROFAPS tem exigido das ETSUS um maior desenvolvimento educacional e aportes de conhecimentos científicos específicos para a elaboração de mapas de competências, marcos de orientações curriculares, planos curriculares e execução dos cursos priorizados. Nesse sentido, o PROFAPS tem induzido o desenvolvimento da RETSUS, no que refere à gestão e organização escolar, planos de cursos, recursos educativos e à formulação de estratégias e processos políticos de execução dos cursos (CAMPOS, 2011).

Desta forma, o PROFAPS tem contribuído com as ETSUS, na tentativa de fortalecer suas estruturas organizativas e suas coordenações pedagógicas, na medida em que as escolas avançam e ampliam a oferta para diferentes cursos técnicos de nível médio.

Os pressupostos de orientação das ações educativas de programas como o PROFAPS fundamentam-se na integração ensino-serviço, no trabalho em equipe em formato multiprofissional e cooperativo, no conhecimento interdisciplinar e de abrangência sociocultural, articulando as bases epistemológicas da saúde, da educação e do trabalho, a fim de superar os paradigmas tecnicistas da formação e das práticas profissionais. O legado mais importante do PROFAPS é a possibilidade de consolidação de uma política de educação técnica profissional em saúde.

O trabalho do profissional técnico em saúde vem sendo visto como um trabalho complementar, subordinado aos profissionais de nível superior, com pouca ou nenhuma autonomia, o que reflete na invisibilidade da profissão. Para superar esse problema da invisibilidade e desvalorização dos profissionais de nível técnico da saúde faz-se necessário o estabelecimento de políticas que levem a decisões colegiadas, trabalho em equipe e valorização dos servidores, referente tanto aos salários quanto aos processos de educação permanente, ao planejamento participativo, à autonomia e à responsabilização das tarefas a eles confiadas, além de um processo de avaliação dos serviços e trabalhadores, redundando em motivação financeira e de mérito (GALVÃO, 2013).

Diante da grande importância dos profissionais de nível médio na área da saúde para o SUS, visto que estes realizam atividades vitais para o bom funcionamento do serviço, o que se percebe é que eles ainda passam por um processo de invisibilidade como resultado de um modelo que está centrado na figura do médico, assim como pela própria divisão social do trabalho em saúde, configurado pela fragmentação no processo do cuidar e a separação entre teoria e prática ou concepção e execução (GALVÃO, 2013).

A gestão eficiente do SUS visa uma política de valorização dos profissionais de saúde, considerando-se que há uma precarização dos vínculos e falta de perspectivas de carreira, assim como baixa remuneração, condições ruins de segurança ocupacional e falta de representação coletiva.

Por sua vez, os profissionais técnicos podem contribuir para a valorização da profissão no intuito de construir, coletivamente, uma profissão mais influente, comprometida e participativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais. Devem buscar construir uma profissão mais atuante, que tenha o compromisso social necessário para conquistar maior autonomia, possibilitando espaços que deem ênfase à profissão, garantindo assim, a chance de construir uma nova imagem da educação profissional que reflita o seu verdadeiro potencial perante a sociedade. Este é o desafio também para as instituições formadoras, e no caso do SUS, das Escolas Técnicas.

2.2 ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS

As ETSUS são espaços estratégicos de formação e qualificação para o SUS e têm como finalidade promover a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços de saúde, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais. À medida que aumenta o compromisso do gestor com a saúde pública e o entendimento de que uma assistência de qualidade está diretamente relacionada a uma melhor formação dos trabalhadores que ali atuam, há o fortalecimento das ETSUS e de seus propósitos (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A justificativa para a criação de escolas específicas para a formação dos trabalhadores da área do SUS está no grande contingente de técnicos já empregados no setor sem formação adequada (SÓRIO, 2002). As ETSUS se propuseram a proporcionar aos trabalhadores o conhecimento sob sua prática de trabalho e a vinculá-la aos princípios do SUS, que se pautam no conceito ampliado de saúde.

A caracterização de uma ETSUS é traduzida principalmente pela existência de um eixo metodológico de integração ensino-serviço, adequação do currículo ao contexto regional; utilização dos espaços de trabalho para práticas pedagógicas; docência exercida na área de trabalho por profissionais de nível superior, qualificados pedagogicamente; princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos (GALVÃO; SOUSA, 2012).

As ETSUS se diferenciam das demais instituições de ensino profissionalizante por serem descentralizadas e terem como foco principal o aluno-trabalhador. Fortalecer as ETSUS

é fazer com que se possa enfrentar o desafio de universalizar a formação técnica profissional e a educação permanente para o SUS.

No entanto, há uma instabilidade na sustentabilidade dessas Escolas, que aqui é entendida como a falta de garantia de condições mínimas de natureza política, pedagógica, administrativa e financeira por parte das instituições mantenedoras, de forma a assegurar o funcionamento da ETSUS e propiciar o alcance de sua missão, segundo Galvão e Sousa (2012).

Essas autoras, em seu estudo sobre as visões político-pedagógicas expressas pelos gestores de cinco ETSUS das cinco regiões do país, apontaram a dimensão pedagógica como a que mais dá sustentabilidade às ETSUS, e a dimensão administrativo-financeira como o maior desafio a ser superado.

As ETSUS apresentam fortalezas e fragilidades que influenciam em suas sustentabilidades. A opção por trabalhar com currículos integrados baseados em competências indica a importância atribuída à articulação ensino-serviço, mas também gera insegurança das Escolas na sua implantação e aplicação.

O uso de metodologias ativas adotado pelas ETSUS é justificável por tratar-se de educação para adultos onde a problematização confere significado e direção às aprendizagens, porém há dificuldades de aplicação destas metodologias pelos docentes das Escolas, pelo fato de que estes profissionais, que atuam nos serviços de saúde, apresentam experiência profissional, mas não o preparo para a docência e, portanto, precisam aliar à sua competência técnica-profissional as pedagógicas.

Na tentativa de redução dessa deficiência, as Escolas realizam capacitações pedagógicas para os docentes dos cursos técnicos em saúde, com foco no desenvolvimento profissional permanente para a construção de conhecimentos teóricos e metodológicos para uma prática docente comprometida com um ensino de qualidade.

Relacionado à integração ensino-serviço, dificuldades e facilidades podem ser apontadas no uso dessa estratégia. Entre as dificuldades estão: o planejamento dos processos educativos entre escola e serviço de saúde; o planejamento da docência realizada em serviço; a dificuldade de entendimento da proposta de integração por parte dos gestores dos serviços de saúde; a estrutura física deficiente e falta de equipamentos nos serviços utilizados nos cursos descentralizados; e a falta de sensibilização dos gestores para a liberação dos trabalhadores para a formação. Como facilidades apontam-se: a abertura dos espaços nos serviços de saúde para as práticas educativas; a receptividade dos alunos-trabalhadores pelos profissionais do serviço; a colaboração dos alunos e docentes para os serviços à população; e

a participação das ETSUS no planejamento, elaboração e execução dos cursos (PINTO; FORMIGLI; RÊGO, 2007).

Como sugestões para viabilizar a integração ensino-serviço pode-se citar: a formação de equipes específicas para a docência em serviço; a constituição de plano de carreira específico para as ETSUS; a implantação de um quadro permanente por áreas de atuação; a elaboração de legislação que ampare o trabalho docente realizado em serviço pelas ETSUS; e a troca de experiências entre instituições com propósito semelhante para encontrar soluções que desburocratizem a execução dos cursos (BORGES *et al.*, 2012).

Relacionado aos aspectos administrativo-financeiros as ETSUS que não possuem orçamento próprio necessitam do financiamento assegurado pelo MS para a execução dos cursos, pagamento dos profissionais envolvidos com esta execução, e aquisição de materiais, muitas vezes submetendo-se ao atraso no repasse de parcelas, o que ressalta a falta de autonomia para a execução das ações nos projetos.

Embora haja fontes de financiamento como o MS, ainda há problemas como escassez de recursos diante das demandas do SUS, falta de autonomia das Escolas com conseqüente dificuldade de execução dos recursos, em decorrência do atraso no repasse das parcelas ou por questões burocráticas, e dificuldade em pagar hora-aula aos docentes servidores públicos (GALVÃO; SOUSA, 2012).

De fato, muitas das ETSUS funcionam sem identidade própria, como uma extensão da área de desenvolvimento de recursos humanos, sem quadro próprio de funcionários, com equipe reduzida para coordenar e executar os cursos, principalmente os descentralizados, e com poucos recursos materiais para o desenvolvimento dos trabalhos.

2.2.1 Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE

A Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins Rodrigues de Fortaleza é uma autarquia vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), para operacionalizar a política de desenvolvimento de pessoas para o SUS e compor uma rede de formação, em parceria com universidades, escolas, cursos profissionalizantes, favorecendo uma unidade na diversidade de pensamento sobre o profissional necessário para responder às necessidades da população e, portanto, do sistema de saúde (CEARÁ, 2012b). A ESP/CE articula-se ainda com outras três escolas técnicas do SUS, no Ceará, situadas em regiões estratégicas (nos municípios de Sobral, Barbalha e Iguatu) promovendo a oferta de cursos técnicos e outros.

Seu núcleo de Educação Profissional, representado pela Diretoria de Educação Profissional em Saúde tem por missão:

“Contribuir para o fortalecimento do SUS, por meio do desenvolvimento de programas de qualificação, educação profissional técnica e educação permanente do(a)s trabalhador(a)s no nível da educação básica, bem como do desenvolvimento de pesquisa e extensão, a partir das necessidades sociais e do SUS e da construção de redes colaborativas” (CEARÁ, 2012b).

Sua atuação tem como referência a PNEPS, bem como as necessidades de formação dos profissionais de nível médio no âmbito do Estado do Ceará, desenvolvendo projetos e programas na área de educação profissional técnica, pós-técnica, de educação permanente, pesquisa e extensão.

A ESP/CE trabalha com a socialização do conhecimento, formação de hábitos, valores e atitudes. Caracteriza-se por um espaço privilegiado de produção do conhecimento, criando um ambiente de diálogo e de exercício democrático e participativo.

Uma de suas fragilidades encontra-se em não ter um corpo próprio de servidores. O grupo de trabalhadores da Escola se caracteriza por um trabalho sem vínculos formais, o que gera insatisfação e compromete o trabalho. Desta forma, há uma grande rotatividade de profissionais, o que prejudica a execução dos projetos. Portanto, fica evidente a necessidade que a ESP/CE tenha um quadro fixo de profissionais, regulamentados de acordo com a legislação trabalhista vigente, para que assim, haja mais êxito em todo o seu processo de formação aos servidores do SUS (SOUSA *et al.*, 2013).

A admissão dos trabalhadores da ESP/CE ocorre através de diversas formas, todas regulamentadas pelo Conselho de Coordenação Técnico-Administrativo, órgão de deliberação superior da ESP/CE. Uma delas é a concessão de bolsa de extensão tecnológica e bolsa para professor-visitante, feitas através de processo seletivo, outra é a gratificação por exercício de magistério, que permite ao servidor Estadual a remuneração, conforme a titulação, pelo exercício do magistério na Escola. Por não ter um corpo de funcionários próprio, não se pode precisar o número exato de trabalhadores, uma vez que há uma grande mobilidade destes, porque a contratação, de sua maioria, é feita de acordo com os projetos ou cursos desenvolvidos.

A ESP/CE direciona seus programas educacionais, necessariamente, para profissionais já inseridos nos serviços de saúde, e utiliza as teorias da aprendizagem do adulto como base

para sua proposta pedagógica. Nesse sentido, duas teorias se destacam: a Andragogia e a Teoria Cognitiva da Aprendizagem.

No que se refere à educação de adultos e às ciências da saúde, a andragogia, definida por Malcolm Knowles como a arte ou ciência de conduzir adultos ao aprendizado, é uma alternativa para o embasamento de estratégias de aprendizagem. Ela está estruturada em seis premissas: a necessidade de saber – o aprendiz precisa saber por que necessita aprender algo, antes de se engajar na tentativa de aprender; autoconceito do aprendiz – à medida que amadurecem, tornam-se independentes e são responsáveis por suas decisões; papel das experiências – acumulam experiências que vão subsidiar e fundamentar a sua aprendizagem; disposição para aprender – seus interesses se direcionam para o desenvolvimento das habilidades que utilizam no desempenho do seu papel social e na sua profissão; orientação para a aprendizagem – direcionam sua própria vida e seus interesses de aprendizado; motivação – as motivações que os impulsionam são as internas, as quais passam a ser mais intensas que as externas (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2009).

Na Teoria Cognitiva da Aprendizagem (TCA), as operações cognitivas como pensar, raciocinar e tomar decisões, são valorizadas, e não somente os resultados ou a mudança de comportamento, como propõe a Teoria Comportamental, portanto, aprender é construir o conhecimento, de maneira significativa, a partir do que já se sabe. Desta forma, o aprendiz aprende construindo as ideias ativamente, gerando assim significado, interpretando as informações, tomando como base o conhecimento e experiências pré-existentes, o que caracteriza a aprendizagem significativa (CEARÁ, 2012b).

Jerome Bruner afirma que o aprendizado é um processo ativo, no qual aprendizes constroem novas ideias, ou conceitos, baseados em seus conhecimentos passados e atuais. Desta forma, o aprendiz constrói hipóteses e toma decisões, contando, para isto, com uma estrutura cognitiva (CORREIA, 2003).

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem são utilizadas pela ESP/CE e caracterizadas pelo ensino centrado no estudante, pelo desenvolvimento da autonomia do mesmo na construção de seu conhecimento e pela integração entre teoria/prática e ensino/serviço. Elas representam a ruptura com o modelo tradicional de ensino e passam a estruturar a educação de forma integrada, reflexiva e crítica, de maneira a desenvolver nos estudantes a capacidade de encontrar soluções para um problema em consonância com o perfil psicossocial da comunidade na qual ele está inserido (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004; MARIN *et al.*, 2010; MITRE *et al.*, 2008).

Nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o estudante deixa de receber passivamente os conteúdos, assumindo a responsabilidade pela sua aprendizagem. Por meio de processos interativos de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e discussões em grupo, o estudante é instigado a estabelecer relações entre suas experiências prévias e os novos conceitos em estudo, a fim de construir novos significados, novas interpretações, novas relações. É um método que estimula a autoaprendizagem e facilita a educação permanente, porque desperta a curiosidade do estudante e valoriza aquilo que tem importância, que tem significado para sua vida (profissional, intelectual, social). O professor, nesse novo contexto, atua como facilitador ou orientador do processo de ensino, guiando o estudante para que faça pesquisas, reflita e decida, por ele mesmo, o que fazer para atingir um objetivo de aprendizagem (MARIN *et al.*, 2010; MITRE *et al.*, 2008).

Dentre as metodologias ativas que embasam a formação profissional em saúde, duas são apontadas como principais: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Metodologia da Problematização. Esta última se fundamenta nos princípios de Paulo Freire, pautados no arco de Maguerez, que propõe um esquema de problematização da realidade em cinco etapas: observação da realidade; identificação dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; aplicação à realidade (MARIN *et al.*, 2010).

O CTE desenvolvido pela ESP/CE utiliza a metodologia da problematização como estratégia pedagógica para orientar a construção do conhecimento, de modo a favorecer a melhoria do desempenho profissional e da qualidade dos cuidados prestados à população. Essa metodologia auxilia os alunos a reconhecerem a necessidade de compreender os embasamentos teóricos que fundamentam suas práticas de saúde, para que não as realizem de forma repetitiva e acrítica.

Isso reforça a importância da educação permanente em saúde e a utilização de abordagens pedagógicas que privilegiem metodologias de ensino-aprendizagem problematizadoras, de modo a contribuir para a formação de profissionais técnicos de enfermagem dotados de competências para realizar um trabalho integral, ético e humanizado.

Ampliar o quantitativo de trabalhadores de enfermagem formados não é um grande desafio para a saúde pública quando comparado à qualidade e a continuidade dessa formação. Por isso, as ETSUS devem se comprometer com a melhoria dos processos formativos, incluindo a capacitação contínua de seu corpo docente, a reformulação dos seus projetos pedagógicos, entre outras estratégias (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

2.3 FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Os recursos humanos em enfermagem, no Brasil, são de grande importância para o funcionamento com qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, são notáveis os baixos níveis de qualificação profissional, bem como de escolarização presentes nesta área do setor saúde. Estes trabalhadores são importantes devido a suas expressivas presenças tanto extensivamente quanto intensivamente nos serviços, considerando que eles são os profissionais que dão continuidade à assistência, nos diferentes serviços e níveis de atenção à saúde (SÓRIO, 2002).

A educação profissional de nível técnico na enfermagem é preocupação das políticas públicas de formação de recursos humanos em saúde, ao longo de mais de cinco décadas. As iniciativas e subvenção do Estado à formação de auxiliares de enfermagem data da década de 60, assumida em parceria entre o sistema de saúde e o sistema de educação (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Na década de 1960, a LDB de 1961 dividiu o ensino médio em dois ciclos: o ginásial e o colegial. Essa divisão foi abolida com a aprovação da Lei nº 5.692/71 que atrelou a terminalidade profissional ao ensino de 2º grau, e com isso, o ciclo ginásial foi incorporado ao 1º grau, e o ciclo colegial ao 2º grau. Desta forma, ambos os cursos técnicos de enfermagem passaram a fazer parte do nível de segundo grau, já que a profissionalização só era admitida nesse nível de ensino. A única diferença entre os cursos passou a ser a carga horária, onde a habilitação de técnico de enfermagem, denominada habilitação plena, correspondia a um total de 2.760 horas, e a habilitação de auxiliar de enfermagem, chamada de habilitação parcial, a um total de 2.200 horas (LIMA, 2010).

No entanto, a resolução do Conselho Federal de Educação nº 08, de 18/04/1977, possibilitou a formação do auxiliar de enfermagem em caráter transitório e emergencial para atender às demandas do mercado de trabalho, ao nível do 1º grau, sem abolir a possibilidade de formação no 2º grau. Isso configurou o caráter pendular da formação do auxiliar de enfermagem, pelo fato desta formação ora estar no primeiro grau de ensino, ora estar no segundo (LIMA, 2010).

As dificuldades da formação de pessoal de nível médio em enfermagem são discutidas e trabalhadas há décadas no Brasil pelas entidades representativas de enfermagem, as instituições de ensino e as várias instâncias governamentais. Nos anos 1980, ainda existia um grande contingente de trabalhadores que atuavam nos serviços de saúde sem a devida qualificação profissional, em sua grande maioria, atendentes de enfermagem. Com a aprovação da Lei do exercício profissional da enfermagem, nº 7.498/86, houve a extinção dos

atendentes de enfermagem, com a necessidade de que estes se qualificassem como auxiliares de enfermagem no prazo estabelecido (PRONKO *et al.*, 2011).

No entanto, após o término do prazo percebeu-se que essa qualificação não se concretizou, existindo ainda um elevado número de atendentes de enfermagem atuando nos serviços de saúde. Nesse contexto de falta de qualificação dos trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de saúde, no campo da enfermagem, além do 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 pelos trabalhadores de enfermagem, o PROFABE foi criado para implantação em todo território nacional.

Institucionalmente, a formulação e a implementação desse projeto resultaram de articulações do MS com o MEC e com o MTE. Internacionalmente, para a viabilização de cooperação financeira, o MS articulou-se com o BID, e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), para o estabelecimento de cooperação técnica (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007).

O PROFABE passou a ser reconhecido no circuito acadêmico e de serviços, como uma iniciativa de grande significado social, constituindo-se numa política pública que serviu como o principal instrumento para a qualificação da força de trabalho da área de enfermagem no Brasil (BRASIL, 2006b).

Foi inicialmente pensado como um projeto para requalificar os atendentes em auxiliares de enfermagem, porém para responder às pressões e demandas da corporação de enfermagem, representada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermagem e Sindicatos de Enfermagem, assim como dos hospitais públicos e privados que exigiam mão de obra cada vez mais qualificada, o PROFABE assumiu a tarefa de também requalificar os auxiliares em técnicos de enfermagem (PRONKO *et al.*, 2011).

O PROFABE foi estruturado inicialmente para execução em quatro anos (2000 a 2004), porém, houve a ampliação de suas ações e repactuação do prazo até 2007. Sua principal finalidade foi a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por meio da qualificação de profissionais do setor, e seu objetivo principal foi a oferta de oportunidades de profissionalização em grande escala, visando atingir 225 mil auxiliares e 90 mil técnicos de enfermagem (BRASIL, 2006b).

Para execução do projeto foi envolvida uma complexa rede de instituições públicas e privadas, organizadas como agências regionais operadoras e executoras da formação profissional em todo país, através de vários aspectos como processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições, avaliação das propostas pedagógicas segundo critérios pré-

estabelecidos (LIMA, 2010). Nesse sentido, a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem não seria executada necessariamente pelas ETSUS, mas sim de acordo com um sistema de concorrência entre essas escolas e as escolas privadas. Desta forma, as maiores executoras do projeto foram instituições privadas, pois eram as que detinham maior capacidade instalada no país.

Ao mesmo tempo em que o PROFABE significou para os trabalhadores um investimento na profissão e uma forma de ampliar a empregabilidade, para os empresários da saúde, significou um ganho financeiro procedente de um fundo público. Tendo o PROFABE abrangência nacional, e considerando que a oferta de formação dos profissionais da saúde foi predominantemente pelo setor privado, este foi o principal destino dos recursos do FAT, o que caracteriza o uso privado dos recursos públicos (CÊA; REIS; CONTERNO, 2007).

O PROFABE cumpriu um importante papel político ao tornar pública a problemática da formação em enfermagem e contribuir para a requalificação dos atendentes em auxiliares, porém sob sua aparência de projeto de formação profissional em saúde desenvolveram-se processos de gerenciamento dessa política social e de privatização da saúde e do fundo público, em meio às políticas neoliberais do período.

2.3.1 Formação técnica em enfermagem na ESP/CE

O CTE promovido pela ESP/CE teve início no ano de 2002, através do PROFABE, devido à necessidade de complementação da formação de auxiliares em técnicos de enfermagem, bem como para responder às emergentes demandas nos serviços de saúde do Estado do Ceará. Atualmente possui duas turmas em andamento, sendo ambas descentralizadas, com mais uma em fase de organização, a ser desenvolvida na capital do Estado.

As turmas do CTE vêm sendo ofertadas de forma descentralizada, permitindo a aproximação da ESP/CE com os municípios e os serviços. Os hospitais de referência da Rede SESA e os municípios do Estado desenvolvem parceria com a Escola tornando o espaço das práticas profissionais um espaço também de formação.

Várias iniciativas são desenvolvidas antes do início do curso de forma a viabilizar sua execução como: pactuação na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e nas Comissões de Integração Regional (CIR); apresentação do Plano do Curso aos gestores e trabalhadores interessados, pactuando horários possíveis para a realização do curso, bem

como sua infraestrutura necessária, formação docente, elaboração de material didático, entre outras.

Os estudantes/trabalhadores têm suas atividades formativas dentro das unidades de saúde a que estão vinculados, promovendo assim uma aproximação com as equipes locais da enfermagem, bem como garantindo maior visibilidade ao conjunto dos profissionais de nível médio que lá atuam. A formação visa contribuir para além das habilidades técnicas, trabalhando também a perspectiva cidadã da formação, ampliando o enfoque para a formação de profissionais éticos, com capacidade crítica, reflexiva e propositiva (CEARÁ, 2012a).

O curso possui uma carga horária total de 1.800 horas, sendo 1.200 horas teórico-práticas e 600 horas de estágio curricular obrigatório. A matriz curricular do CTE da ESP/CE é composta por quatro módulos: Contextual Básico (340h), Específico I (400h), Específico II (600h), e Específico III (460h).

O módulo contextual básico, comum a todos os cursos técnicos da Escola é constituído por um conjunto de unidades didáticas que atualiza, aprofunda, e oportuniza novas aprendizagens aos trabalhadores participantes, na medida em que refletem sobre: políticas públicas; ética e legislação em saúde; vigilância em saúde; primeiros socorros, entre outros.

A utilização de metodologias ativas permite resgatar os conhecimentos prévios dos participantes, desenvolvendo um permanente diálogo entre teoria e prática, ensino-serviço, sobretudo quando da realização dos estágios supervisionados realizados nos Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros.

Como resultados da aproximação ensino-serviço pode-se citar uma maior integração entre os serviços de saúde e a Escola; maior visibilidade do trabalho dos profissionais de nível médio; elevada satisfação dos trabalhadores e dos gestores; integração dos profissionais que atuam nas diferentes áreas das unidades hospitalares; e a oportunidade dos trabalhadores que estão em formação, de compreenderem e atuarem nas Redes de Atenção à Saúde, no momento do estágio supervisionado. Com isso, procura-se fortalecer o vínculo com os serviços públicos de saúde, formando redes colaborativas que atuam no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (CANUTO *et al.*, 2014).

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, como profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde, precisa ter clareza sobre as competências próprias e comuns de cada um para uma atuação articulada e complementar.

CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Gil (2010), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Nesse sentido, objetivou-se descrever o perfil pessoal e familiar dos egressos do CTE da ESP/CE, do período de 2002 a 2012, assim como suas atuais situações trabalhistas no mercado de trabalho.

Para Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa quantitativa descritiva consiste em investigar e analisar características de fatos ou fenômenos, empregando artifícios quantitativos, o que possibilita a exata descrição de certas características da população-alvo. Desta forma, este estudo descreve características dos técnicos de enfermagem, egressos do CTE da ESP/CE, como: escolaridade, atuação profissional, mobilidade ocupacional e regularização trabalhista.

Optou-se também pela metodologia qualitativa, pelo fato de se reconhecer a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, atribuindo um significado aos fenômenos que interpreta, por trabalhar com um universo de significados, valores e atitudes dos processos e fenômenos (MINAYO; DESLANDES, 2002). Portanto, a metodologia qualitativa desse estudo possibilitou investigar características subjetivas dos participantes como suas motivações, perspectivas, satisfações e insatisfações trabalhistas, respondendo, também, a alguns dos questionamentos deste estudo relacionados à ocorrência ou não de mobilidade ocupacional e suas causas.

O uso combinado dos métodos quantitativo e qualitativo, segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta de informações realizada em campo. Confirmando esse pensamento, Minayo e Deslandes (2002) enfatizam que a utilização de métodos diferentes de pesquisa contribui para compreender a subjetividade dos sujeitos e explicar de maneira mais profunda as diferenças, traduzindo as articulações entre o individual e o coletivo.

Nesse sentido, não há oposição entre as informações quantitativas e qualitativas, mas sim, complementação, pois a realidade estudada interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

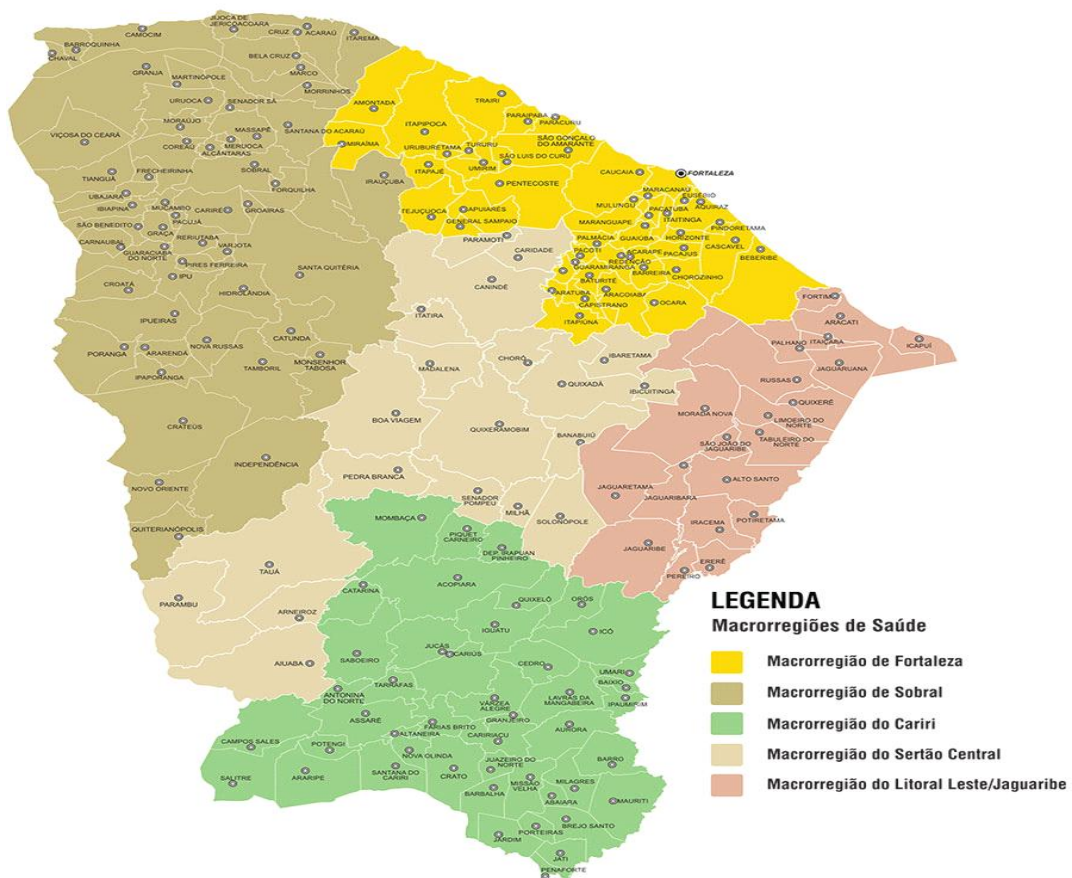
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos meses de janeiro a maio de 2016, nos municípios da macrorregião de saúde Fortaleza onde foram realizadas turmas do CTE da ESP/CE no período de 2002 a 2012, e foi desenvolvido em etapas complementares descritas a seguir:

- Primeira etapa:

Consistiu no mapeamento dos municípios da macrorregião de saúde Fortaleza que sediaram as turmas do CTE da ESP/CE no período especificado no estudo. Considerou-se a atual divisão do Estado do Ceará em cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, e Litoral Leste/Jaguaribe, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 – Mapa das macrorregiões de saúde do Ceará, 2014.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2014.

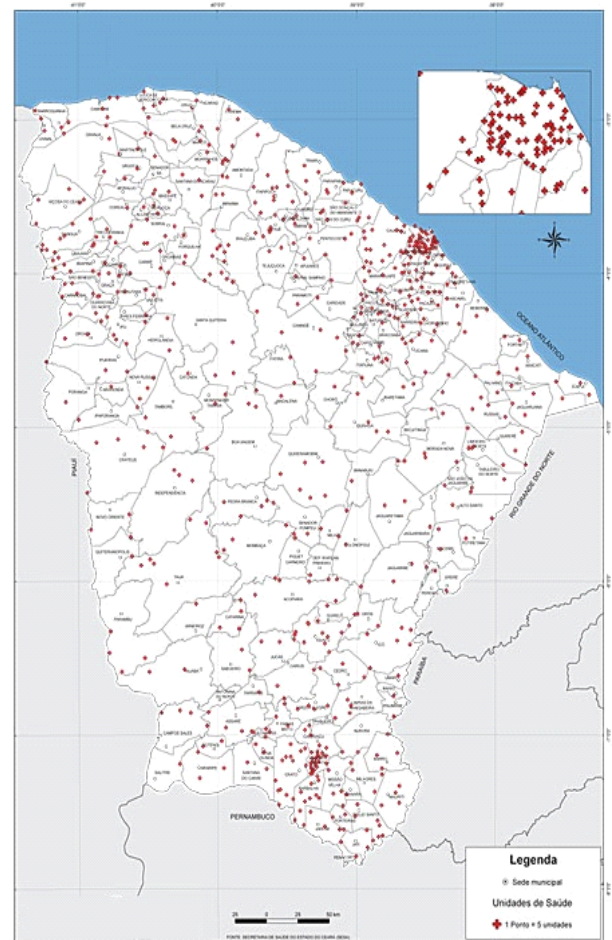
Segundo dados do ano de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a macrorregião Fortaleza (Figura 2) possui 44 municípios e um total de 4.602.052 habitantes, o que corresponde a 51,9% da população total do Ceará (8.842.791 habitantes). Principalmente por conter a capital do Estado como um de seus municípios, esta macrorregião concentra as ações e serviços de saúde do Estado, desde a atenção básica, até os serviços de alta complexidade, possuindo, portanto, uma diversidade de instituições de saúde tanto públicas (Figura 3) quanto privadas. Estas características citadas ampliam as possibilidades de que a mobilidade ocupacional do técnico em enfermagem ocorra, e por isso, esta macrorregião foi escolhida para o desenvolvimento deste estudo.

Figura 2 - Mapa da macrorregião de saúde Fortaleza, 2014.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2014.

Figura3 - Distribuição das unidades de saúde ligadas ao SUS no Ceará, 2010.



Fonte: IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.

Juntamente com o mapeamento, foi feito um levantamento quantitativo das turmas e dos egressos de cada município da macrorregião eleita para o desenvolvimento da pesquisa

onde houve turmas do CTE da ESP/CE no período especificado no estudo, conforme representado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE por turma e município-polo no período de 2002 a 2012.

ANO DE INGRESSO	MUNICÍPIO PÓLO	Nº DE TURMAS	Nº DE EGRESSOS POR TURMA
2002	ARACOIABA	01	19
	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	01	23
2003	MARACANAÚ	01	34
2004	FORTALEZA	02	32
			33
2006	AMONTADA	01	12
	TRAIRI	01	11
	TURURU	01	12
2008	FORTALEZA	02	11
			13
2009	CAUCAIA	01	27
	FORTALEZA	01	29
	MARACANAÚ	01	22
	BATURITÉ	01	24
2011	ITAPIPOCA	02	27
			23
TOTAL		16	352

Em geral, as turmas do CTE têm como meta formar 30 técnicos de enfermagem. Para isso, iniciam o curso com uma média de 35 alunos, diante da realidade de que os índices de evasão são elevados. Isso foi observado no número de egressos das turmas pesquisadas, muitas das vezes inferior à meta estipulada (Tabela 1).

Cada turma do CTE da ESP/CE, representada na tabela 1, ocorreu em um município polo, que pode ser descrito como o município onde o curso acontece, sendo que cada um destes abrangia outros municípios adjacentes, localizados nas proximidades do município polo, de tal maneira que cada turma era composta por alunos dos municípios vizinhos, além do próprio município polo (Tabela 2).

Destaca-se que antes do início do curso, de forma a viabilizar sua execução, são feitas várias pactuações na CIES e nas CIR, com a apresentação do Plano do CTE aos gestores e trabalhadores dos municípios interessados.

Quando há demanda para o CTE de profissionais de municípios próximos, pertencentes a uma mesma macrorregião, pactua-se o município polo que sediará o curso, considerando a infraestrutura necessária. Também são pactuados os dias e horários possíveis para a liberação do profissional para a realização do curso, como também o auxílio dos

demais municípios que não o polo, aos seus funcionários, através do fornecimento de transporte ao local do curso e ajuda financeira para a alimentação.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios adjacentes por município-polo da macrorregião de saúde Fortaleza para as turmas do CTE da ESP/CE no período de 2002 a 2012.

ANO DE INGRESSO	MUNICÍPIO PÓLO	MUNICÍPIOS ADJACENTES
2002	ARACOIABA	-
2003	MARACANAÚ	PACATUBA
2004	FORTALEZA – TURMA 1 FORTALEZA – TURMA 2	*
2006	TURURU	-
2008	FORTALEZA – TURMA 1 FORTALEZA – TURMA 2	-
2009	FORTALEZA	EUSÉBIO PACAJUS CASCAVEL HORIZONTE PINDORETAMA CHOROZINHO OCARA ITAITINGA
2009	CAUCAIA	PARAIPABA SÃO GONÇALO DO AMARANTE APUIARÉS TEJUÇUOCA GENERAL SAMPAIO ITAPAJÉ SÃO LUIS DO CURU
2009	MARACANAÚ	MARANGUAPE GUAIBUA ACARAPE PACATUBA
2011	BATURITÉ	MULUNGU PACOTI GUARAMIRANGA ARATUBA CAPISTRANO ARACOIABA ITAPIÚNA
2011	ITAPIPOCA – TURMA 1	UMIRIM AMONTADA URUBURETAMA TURURU MIRAÍMA
	ITAPIPOCA – TURMA 2	URUBURETAMA

Legenda: * Não foi possível identificar os municípios adjacentes das turmas de Fortaleza do ano de 2004 devido a não localização dos arquivos da referida turma.

- Segunda etapa

Foram, então, solicitados à Secretaria Escolar da ESP/CE os arquivos das turmas do CTE mapeadas anteriormente a fim de criar uma lista inicial com os dados dos participantes do estudo, contendo os dados pessoais como nome, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), sexo, data de nascimento, endereço e telefone dos egressos e, local onde realizou o curso.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra do estudo os técnicos de enfermagem procedentes das turmas do CTE da ESP/CE dos municípios da macrorregião de saúde Fortaleza, do período de 2002 a 2012, que foram sorteados, localizados e, após concordarem em participar voluntariamente da pesquisa, compareceram no dia agendado para a aplicação do questionário. A forma de distribuição dos participantes desta amostra por turma e município será descrita a seguir.

Não foram incluídos na população do estudo os egressos dos anos posteriores a 2012 por tratar-se de uma formação recente onde a mobilidade ocupacional pode ainda não ter acontecido.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo foi constituída por técnicos de enfermagem, egressos do CTE da macrorregião de saúde Fortaleza, formados pela ESP/CE, no período de 2002 a 2012. A seleção dos participantes da amostra foi feita por amostragem aleatória simples. Para o cálculo da amostra foi utilizada a seguinte fórmula, de acordo com Santos (2014):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde:

n – amostra da população (subconjunto da população)

N – população (número de elementos existentes no universo da pesquisa)

Z – variável normal padronizada associada ao nível de confiança (probabilidade de que o erro amostral efetivo seja menor do que o erro amostral admitido pela pesquisa)

p – proporção

e – erro amostral (diferença entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor)

Considerando que o número de egressos do CTE da ESP/CE da macrorregião de saúde Fortaleza, do período de 2002 a 2012 é de 352, representando, portanto, a população deste estudo, e utilizando a fórmula descrita acima para o cálculo do tamanho da amostra, com um nível de confiança de 95%, erro amostral de 10%, e proporção de 50%, estimou-se o tamanho da amostra em 76 técnicos de enfermagem.

Neste estudo, compuseram a amostra 63 técnicos de enfermagem, procedentes dos municípios da macrorregião de saúde Fortaleza onde houve turmas do CTE, egressos da ESP/CE, no período especificado no estudo, conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da amostra da pesquisa por município-polo no período de 2002 a 2012.

ANO DE INGRESSO	MUNICÍPIO PÓLO	Nº DE PARTICIPANTES DA AMOSTRA
2002	ARACOIABA	05
2003	MARACANAÚ	03
2004	FORTALEZA – TURMA 1	04
2006	TURURU	05
2008	FORTALEZA – TURMA 1	07
	FORTALEZA – TURMA 2	05
2009	CAUCAIA	03
	MARACANAÚ	07
	FORTALEZA	03
2011	BATURITÉ	15
	ITAPIPOCA - TURMA 1	01
	ITAPIPOCA – TURMA 2	05
TOTAL		63

Os municípios polo que sediaram as turmas do CTE participantes do estudo, possuem características distintas quanto à área, tamanho da população, índice de desenvolvimento humano (Tabela 4), condições de educação, emprego e renda, assim como de saúde, considerando o quantitativo de unidades e profissionais de saúde, e a complexidade dos serviços de saúde oferecidos.

Tabela 4 - Caracterização dos municípios de procedência dos egressos do CTE da ESP/CE, da macrorregião de saúde Fortaleza, segundo a área, população e índice de desenvolvimento humano.

MUNICÍPIO	ÁREA	POPULAÇÃO 2010	IDH-M 2010
ARACOIABA	656,597 km ²	25.405 hab.	0,615
MARACANAÚ	106,648 km ²	209.748 hab.	0,686
FORTALEZA	314,930 km ²	2.447.409 hab.	0,754
TURURU	202,276 km ²	14.415 hab.	0,606
PARAIPABA	300,922 km ²	30.041 hab.	0,634
BATURITÉ	308,581 km ²	33.326 hab.	0,619
MULUNGU	134,568 km ²	11.485 hab.	0,607
PACOTI	112,021 km ²	11.607 hab.	0,635
GUARAMIRANGA	59,436 km ²	4.165 hab.	0,637
ITAPIPOCA	1.614,159 km ²	116.065 hab.	0,640

Legenda: IDH-M Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

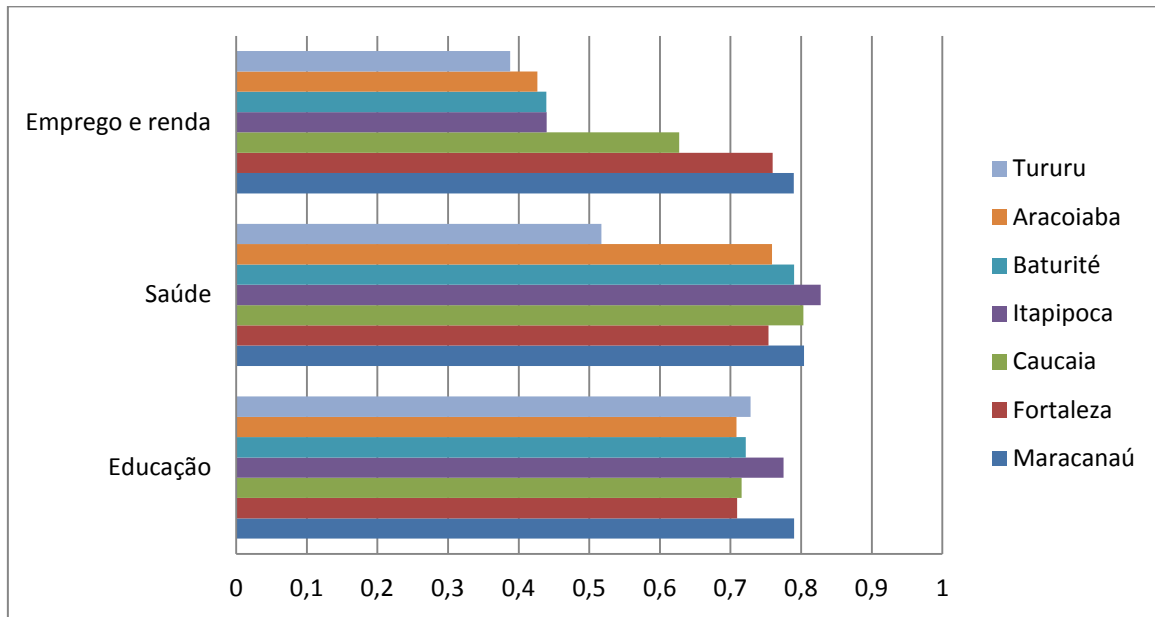
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), em uma pesquisa divulgada em 2015, com base em dados oficiais de 2013, avaliou as condições de educação, saúde, emprego e renda de todos os municípios brasileiros, variando de 0 (mínimo) a 1 ponto (máximo) para classificar o nível de cada cidade em quatro categorias: desenvolvimento baixo (de 0 a 0,4), regular (0,4001 a 0,6), moderado (de 0,6001 a 0,8) e alto (0,8001 a 1).

Entre os municípios-polo participantes da pesquisa, nenhum deles foi classificado como de alto desenvolvimento, sendo todos classificados como de desenvolvimento moderado. Maracanaú é o município com melhor pontuação (0,7946 pontos), ocupando o 3º lugar no ranking estadual. Em seguida está Fortaleza, ocupando a 8ª posição no Estado, com 0,7410 pontos. Os demais municípios ocupam colocações inferiores como: Caucaia (19º com 0,7154 pontos), Itapipoca (40º com 0,6807), Baturité (70º com 0,6503), Aracoiaba (98º com 0,6312), e por fim Tururu (176º com 0,5446 pontos) (IFDM, 2015).

Considerando isoladamente cada uma das variáveis de condições de educação, saúde, emprego e renda, percebe-se que em relação à educação, todos estão na faixa moderada, havendo pouca variação de pontuação entre os municípios. Já em relação à saúde e emprego e renda, observa-se uma variação maior entre os municípios, pois alguns deles encontram-se nas faixas de desenvolvimento baixo e regular (IFDM, 2015) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos municípios-polo participantes da pesquisa segundo pontuação das variáveis de educação, saúde, emprego e renda, Ceará, 2015.



Fonte: IFDM, 2015.

3.5 COLETA DE DADOS

De posse da listagem criada na etapa anterior, dentro de suas limitações, foi realizado um sorteio dos egressos para compor a amostra. Em seguida, foi feito contato telefônico com os egressos sorteados para comunicar sobre a realização da pesquisa e verificar se havia interesse e disponibilidade em participar.

Nos casos em que não havia o telefone destes egressos, ou quando os dados estavam desatualizados, foi feito contato com os municípios de origem dos mesmos, por meio das secretarias municipais de saúde, ou através dos coordenadores de enfermagem das unidades de saúde dos municípios, na tentativa de localizá-los.

Foram, então, formados grupos de egressos de cada município e agendados data e horário convenientes para os mesmos para aplicação do questionário no próprio município, a fim de evitar o deslocamento dos egressos, minimizando as faltas.

Antes de proceder à aplicação do questionário, foi realizado um teste piloto com 07 egressos da turma de 2009 do município de Maracanaú, escolhidos aleatoriamente, com o objetivo de avaliar o nível de clareza das perguntas, o tempo gasto para responder e a forma de abordagem aos participantes. Após essa avaliação, foram realizadas as alterações necessárias para construção do questionário definitivo.

O questionário foi elaborado tendo como enfoque questões relacionadas às mudanças decorrentes da formação técnica em enfermagem, associadas à mobilidade ocupacional, e foi constituído de perguntas abertas e fechadas, divididas em cinco grupos: 1- dados pessoais; 2- formação escolar; 3- perfil familiar; 4- atuação profissional; 5- mobilidade ocupacional (APÊNDICE A).

As questões dos três primeiros grupos visam caracterizar o perfil dos egressos, utilizando variáveis socioeconômicas como: sexo, idade, município onde reside atualmente, filhos, escolaridade, renda familiar, grau de instrução dos pais, profissão dos pais, número de irmãos, entre outras.

O grupo quatro agrega variáveis relacionadas à atividade profissional atual dos egressos como: área de trabalho que atua atualmente, função que exerce, tipo de instituição onde trabalha, tipo de vínculo trabalhista, carga horária de trabalho, renda individual.

Já as questões do grupo cinco objetivam avaliar a ocorrência de mobilidade ocupacional dos egressos após a conclusão do curso, no que se refere à ascensão funcional, melhoria salarial, reconhecimento e valorização profissional.

O questionário era autoaplicável, havendo acompanhamento da pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas que surgissem. Esse acompanhamento no momento de preenchimento do questionário permitiu registrar, em boa parte dos casos, informações adicionais ou complementares que permitiram enriquecer o tratamento de algumas questões. Deve-se ressaltar que todas as informações necessárias foram fornecidas aos participantes da pesquisa, sendo esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e garantia do anonimato.

Ao final da coleta de dados, todos os questionários respondidos foram separados e organizados por município e ano de realização do curso. Em seguida foi realizada uma revisão do preenchimento dos mesmos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos extraídos dos questionários foram organizados, tabulados e analisados, para então serem dispostos em tabelas e gráficos utilizando números absolutos e frequência percentual.

Para a análise qualitativa, foram examinados os discursos dos sujeitos para organização e interpretação do seu conteúdo. Os conteúdos foram submetidos a uma categorização temática para reunir as categorias de análise, e analisadas com base na literatura

revisada para a pesquisa. Na análise, a frequência com que os temas surgiram nas falas dos egressos, assim como a importância dada a esses temas, foi considerada.

Em respeito ao anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados por meio de siglas alfanuméricas indicando o município onde realizou o curso, e o ano de realização do mesmo, acompanhado da letra “E” de egresso e a posição do participante na lista em ordem alfabética de egressos do município. Desta forma, a identificação descrita como Maracanaú/2009E1 significa tratar-se de um relato do egresso classificado em ordem alfabética como o número 1 da turma de 2009 do município de Maracanaú.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta deste estudo foi submetida, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, recebendo aprovação para o seu desenvolvimento, conforme parecer de número 1.334.674. Somente após aprovação do projeto foi iniciada a coleta de dados.

Foram respeitados os princípios éticos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do MS, que delimita as pesquisas que envolvem seres humanos, assegurando confiabilidade, privacidade, anonimato e sigilo de identidade dos sujeitos da pesquisa.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi assinado pelos participantes do estudo, ficando livre a retirada dos dados da pesquisa a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo ao participante.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os 63 egressos participantes da pesquisa concluíram o CTE em sete dos dez municípios-polo da macrorregião de saúde Fortaleza onde houve o curso no período de 2002 a 2012. Considerando que no total são 352 egressos desta macrorregião, os participantes da pesquisa representam 18% dos concludentes.

Entre os participantes, verificou-se a preponderância do sexo feminino (93%), o que reflete um padrão já existente na área da enfermagem de uma forma geral, sendo uma das características históricas da profissão, porém, embora o percentual de egressos do sexo masculino seja menor (7%), a inserção dos homens nesta categoria vem crescendo ao longo dos anos, modificando o quadro historicamente conhecido de que a enfermagem é uma profissão exclusivamente feminina.

É importante destacar que entre os poucos homens participantes da amostra, encontram-se os que conseguiram ascender profissionalmente, como o único profissional entre os 63 egressos que atualmente atua como enfermeiro, outro que atualmente exerce a função de técnico de enfermagem de forma regularizada, além do que está cursando graduação em enfermagem. Este achado instiga a refletir sobre questões relacionadas às diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho, pois neste caso especificamente, percebe-se que entre uma maioria de mulheres, há destaque para os poucos homens que trabalham na área.

A data de nascimento dos egressos foi coletada nos arquivos da Secretaria Escolar da ESP/CE, e a partir desse dado foi possível determinar a idade dos egressos que variou entre 28 e 65 anos, sendo que 37% têm entre 36 e 45 anos, enquanto que um quantitativo bem próximo (33%) possui entre 46 e 55 anos, significando um grupo mais maduro em busca de profissionalização que é coerente com a oferta de curso de complementação para profissionais que já são trabalhadores da área da saúde, formalmente inseridos no mercado de trabalho. A faixa etária mais jovem, entre 25 e 35 anos, representou a minoria (8%), enquanto os mais idosos, entre 56 e 65 anos, representaram 22% do total.

Esses dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Oliveira *et al.*(2007), que descreve o perfil dos alunos ingressos nos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem do PROFAE no Rio de Janeiro, onde também houve uma predominância do sexo feminino (85,7%), com a maioria dos alunos (65,6%) na faixa etária entre 31 a 50 anos.

4.2 PERFIL FAMILIAR

Quanto ao universo familiar, 80% (n=50) dos egressos têm filhos, sendo que entre esses, 50% (n=25) possuem 02 filhos, enquanto que 16% (n=8) têm 03 filhos, 26% (n=13) têm 01 filho e, 08% (n=4) têm 04 filhos.

Em relação a irmãos, os participantes, em sua maioria (98%), os possuem em quantidades diversas, variando entre 01 e 17 irmãos, sendo que 48% têm entre 01 e 04 irmãos, 27% entre 05 e 08 irmãos, 18% entre 09 e 12 e, 7% têm mais de 12 irmãos.

A tendência de queda no número da taxa de fecundidade no Brasil está cada vez maior, pois as mulheres estão gradativamente reduzindo o número de filhos. Isso também foi observado entre os participantes deste estudo que mesmo sendo procedentes de famílias numerosas, não possuem filhos, ou os possuem em pequena quantidade.

No Brasil, segundo o Censo de 2010, as mulheres têm, em média, 1,9 filhos. Esse número vem se reduzindo desde a década de 60, e vem ocorrendo em todas as regiões brasileiras. A região Nordeste apresenta taxa de fecundidade elevada quando comparada as demais regiões do país, ficando atrás apenas da região Norte. Se na década de 60 apresentava taxa de 7,39 filhos, no ano de 2010 esse número reduziu para 2,04 (IBGE, 2010a).

No Ceará houve uma queda na taxa de fecundidade de 20,5% entre os anos 2000 e 2010. Em 2000, cada mulher tinha em média 2,56 filhos, já em 2010, a média foi reduzida para 2,04 filhos (IPECE, 2012). Essa redução pode ser traduzida por fatores como: elevação do nível de instrução das mulheres, e conseqüentemente do quantitativo com ocupação remunerada das mesmas, deixando o fato de ter filhos para segundo plano; redução dos casamentos precoces, assim como maior conhecimento sobre os métodos contraceptivos; e elevação dos custos com os filhos (educação, saúde, alimentação etc.) com necessidade de melhor planejamento familiar.

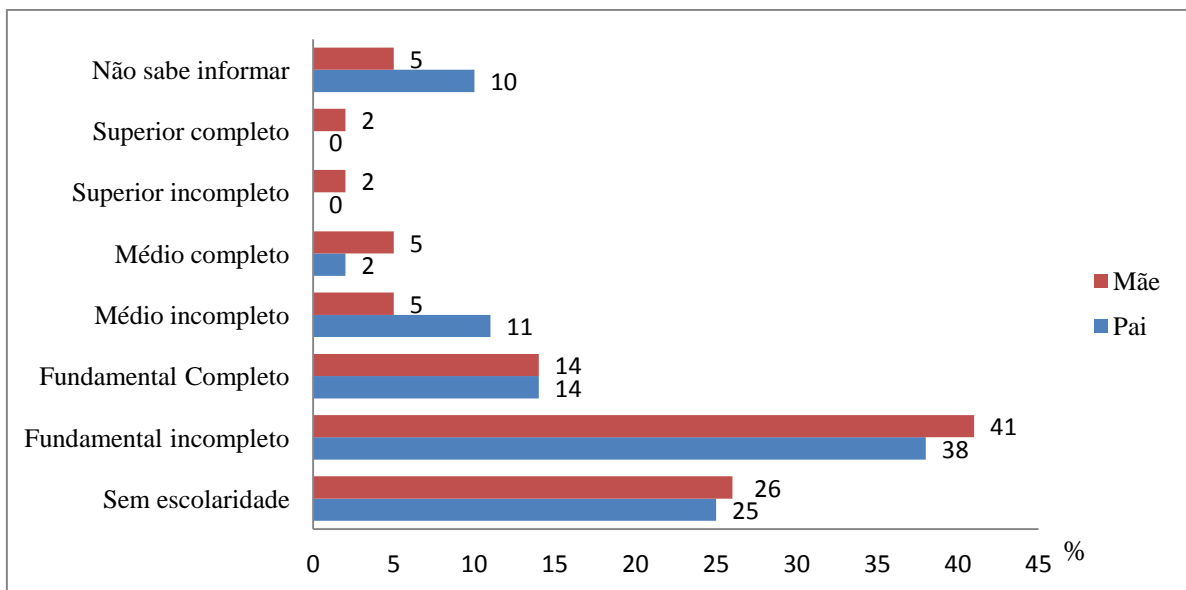
Com relação à escolaridade dos pais dos egressos, verificou-se que a maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto, representados com 41% entre as mães e 38% entre os pais, portanto, a maioria sabe apenas ler e escrever (Gráfico 2). O analfabetismo aparece em seguida, com elevada representação e percentuais bem próximos entre mães e pais (26% e 25%, respectivamente). Certifica-se, portanto que grande parte dos egressos é proveniente de famílias com baixa escolaridade.

Essa realidade também foi semelhante à encontrada no estudo de Oliveira *et al.* (2007), onde a maior frequência do grau de instrução dos pais incidiu sobre aqueles que sabiam ler e escrever, embora não tivessem concluído a 4ª série do ensino fundamental

(43,4% das mães e 38,4% dos pais). Embora os pais analfabetos apresentassem incidência bem menor (14,6% das mães e 9,4% dos pais) que a encontrada nesse estudo, ainda assim são superiores as dos pais que concluíram o ensino médio e superior, de tal maneira que a maioria também é oriunda de famílias com baixo grau de instrução.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), no ano de 2013, sobre o perfil de analfabetismo no Ceará, a taxa de analfabetismo no Estado é de 16,3%, fazendo com que ocupe a 7º colocação desse indicador, entre todos os Estados do país. O Ceará possui cerca de 1,08 milhão de analfabetos, sendo que 75% deste total são moradores de cidades do interior do Estado, na faixa etária de 65 ou mais anos de idade, tratando-se de pessoas que em décadas passadas não tiveram acesso aos níveis iniciais de educação. Esses dados corroboram os achados desta pesquisa quanto à escolaridade dos pais dos egressos participantes.

Gráfico 2 – Distribuição dos pais dos egressos do CTE da ESP/CE, segundo nível de escolaridade, Ceará, 2016.



Relacionado à profissão dos pais dos egressos, observou-se que as ocupações citadas se enquadram em um grande grupo de trabalhadores de serviços e, vendedores e prestadores de serviços do comércio. Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (2010, p. 737):

[...] compreende as ocupações cujas tarefas principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para a prestação de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança ou a venda de mercadorias em comércio e mercados. Tais atividades consistem em serviços relacionados a viagens,

trabalhos domésticos, restaurantes e cuidados pessoais, proteção às pessoas e bens e a manutenção da ordem pública, venda de mercadorias em comércio e mercados.

Entre as profissões dos pais, destacou-se a de agricultor, representando 35% do total, enquanto as demais ocupações dividiram-se em comerciante, vigilante, motorista, pedreiro, entre outras. Fora do grande grupo de trabalhadores de serviço e vendedores, identificou-se um profissional militar, um oficial de justiça, e um tabelião.

Já entre as ocupações das mães, destacou-se a de empregada doméstica (36%), entre outras como: agricultora, comerciante, auxiliar de serviços gerais, professora, costureira. Importante ressaltar que entre as profissões das mães, ainda que em número pouco representativo (6%), havia profissionais da área da enfermagem como auxiliar, técnica e enfermeira, o que poderia vir a influenciar que os filhos seguissem a mesma profissão. Houve, ainda, um número significativo de mães (17%) que não tinham uma profissão remunerada, sendo citadas como “donas de casa”.

Referente ao destaque da profissão de agricultor entre os pais dos egressos, também observada entre as profissões das mães, compreende-se que no Ceará ainda há muitas cidades no interior do Estado onde a população rural prevalece sobre a urbana. Isso pode ser confirmado em Tururu, um dos municípios deste estudo, onde, segundo o Censo Demográfico de 2010, a maioria da população é rural (63%), e reforçado no relato dos egressos dessa localidade, onde a profissão de agricultor foi apontada para 100% dos pais e, para a maioria das mães.

Os municípios de maior porte, como Fortaleza e Maracanaú, são totalmente urbanos (100%), enquanto que Caucaia e Baturité são em sua maioria urbanos (89% e 73% respectivamente). Já os municípios de médio porte têm percentuais equilibrados de população urbana e rural, como Aracoiaba (54% urbano e 46% rural) e Itapipoca (58% urbano e 42% rural) (IBGE, 2010b).

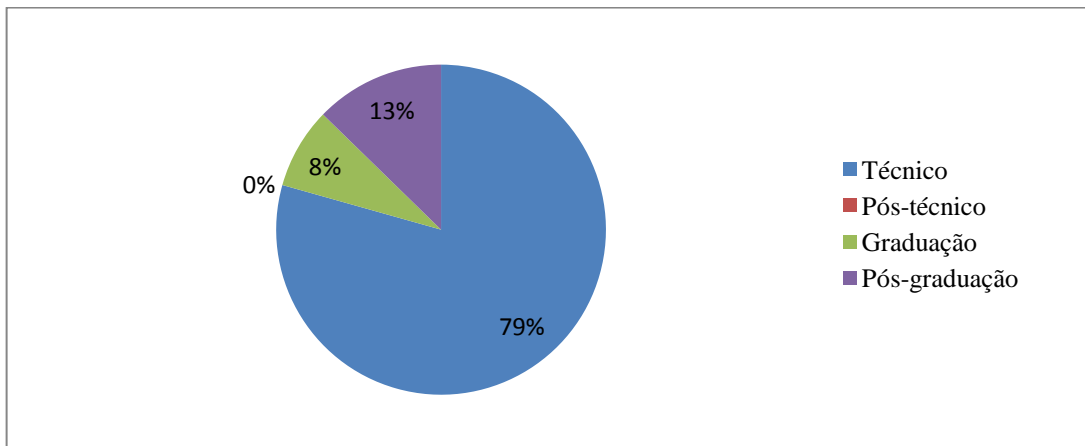
Historicamente, sair do interior para a capital do Estado, ou para os municípios de maior porte, é um movimento comum no Ceará. Deixar a zona rural para viver na zona urbana é a consequência principal dos efeitos da seca prolongada, assim como de outros fatores que contribuem para o movimento migratório como: a deficiência de acesso à saúde e à educação e a falta de emprego. Desta forma, quem permanece na zona rural são as pessoas de idade mais avançada, sobrevivendo principalmente da agricultura de subsistência, enquanto seus filhos e netos migram para as zonas urbanas para estudar e ingressar no mercado de trabalho. Possivelmente essa é a realidade de muitos dos egressos deste estudo.

4.3 FORMAÇÃO ESCOLAR

No que se refere à escolaridade dos egressos, constatou-se que a maioria (79%) permanece no nível médio, mais especificamente, como técnicos em enfermagem. Alguns deram continuidade aos estudos, seguindo para o ensino superior, e concluindo cursos de graduação e pós-graduação, representando 21% do total e, nenhum deles cursou o pós-técnico, conforme visualizado no gráfico 3.

Entre os graduados e pós-graduados encontram-se os que concluíram os cursos de serviço social, enfermagem, pedagogia e gestão hospitalar, com pós-graduação em psicologia social e comunitária, urgência e emergência, saúde pública e, saúde da família. Algumas assistentes sociais e o enfermeiro, atualmente exercem a profissão, porém as pedagogas e outras assistentes sociais referiram ainda não ter exercido a profissão, permanecendo no mercado de trabalho como auxiliares de enfermagem.

Gráfico 3 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo nível de escolaridade, Ceará, 2016.



Também relacionado à formação escolar dos participantes, no que diz respeito ao tipo de instituição formadora onde realizaram os estudos de ensino fundamental e ensino médio, verificou-se que ambos foram em sua maioria realizados integralmente em escola pública (60% e 68%, respectivamente), seguido dos que realizaram seus estudos em grande parte nas escolas públicas, confirmando assim o predomínio de estudos realizados em instituições mantidas por recursos públicos (Gráfico 4).

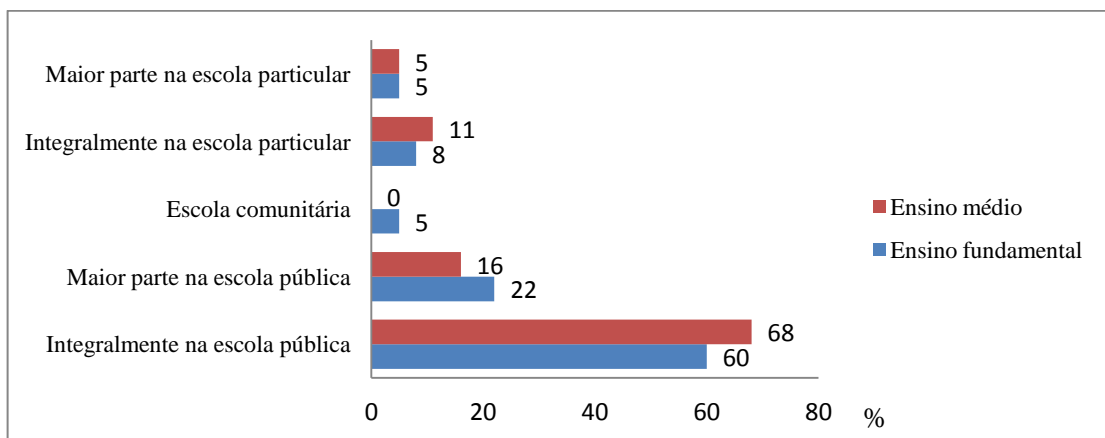
Conclui-se também que poucos tiveram acesso à educação tanto de ensino fundamental quanto médio, em instituições privadas de ensino, possivelmente como reflexo

da falta de recursos financeiros dos pais para investir na educação dos filhos, ou da falta de escolas privadas em suas cidades de origem.

De acordo com o Censo Escolar de 2014, há 1.421 escolas privadas de ensino regular, fundamental e/ou médio no Ceará, sendo que 746 estão localizadas em Fortaleza, capital do Estado, enquanto que as outras 675 escolas estão distribuídas entre os outros 183 municípios do Estado, o que gera uma média de 3,7 escolas particulares por município, lembrando que há municípios de menor porte, como Tururu, que não as possuem.

Importante destacar também que as escolas privadas mais bem conceituadas são as de Fortaleza, e que muitas famílias não têm condições de financiar os estudos dos filhos na capital, considerando que, nesse caso, os gastos não são apenas com os estudos, mas também os necessários para viver em outra cidade.

Gráfico 4 – Distribuição dos estudos de ensino fundamental e médio dos egressos do CTE da ESP/CE segundo o tipo de instituição formadora, Ceará, 2016.



Ainda considerando os estudos de ensino fundamental e médio, a maioria dos egressos os concluiu no ensino regular, com 94% e 81% respectivamente, enquanto que a minoria concluiu no ensino supletivo (6% para o fundamental e 19% para o médio). A maior parte dos egressos (59%) também trabalhou durante esses estudos, ao passo que, 41% apenas estudou durante esse período, o que reforça a ideia de que muitos precisaram trabalhar desde muito jovens para contribuir com a renda da família.

Houve um aumento da escolarização dos egressos em relação aos seus pais, que significa uma ampliação da possibilidade de ascensão social e econômica da família. No entanto, é notório o esforço dos egressos para vencer as dificuldades de uma formação fundamental muitas vezes insuficiente, sobrevivendo de escolas públicas do Ceará,

historicamente com baixa qualidade de ensino, para alcançar um nível mais alto de qualificação.

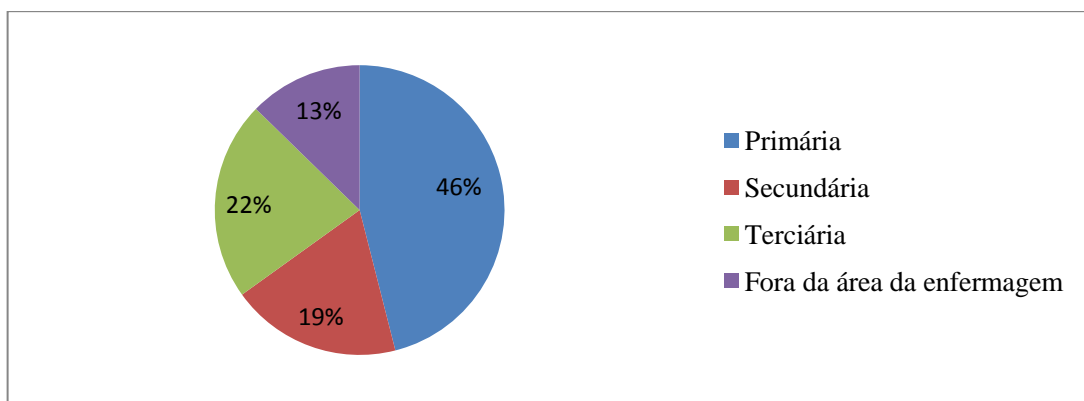
O perfil desses egressos é, portanto, de um grupo, em sua maioria, procedente de famílias de baixa escolaridade, muitas vezes com pouco ou nenhum acesso à cultura e informatização e, necessitando superar as desigualdades impostas por um sistema capitalista, em busca de profissionalização e ampliação das possibilidades de um emprego melhor remunerado e valorizado.

4.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Atualmente, grande parte dos egressos (81%) está apenas trabalhando, enquanto o restante (19%), além de trabalhar está estudando também. Entre esses últimos, encontram-se os que estão cursando graduação em enfermagem ou em serviço social. A maioria também continua trabalhando na área da enfermagem, representando 87% do total de egressos, com uma minoria de 13% que atuam em outras áreas.

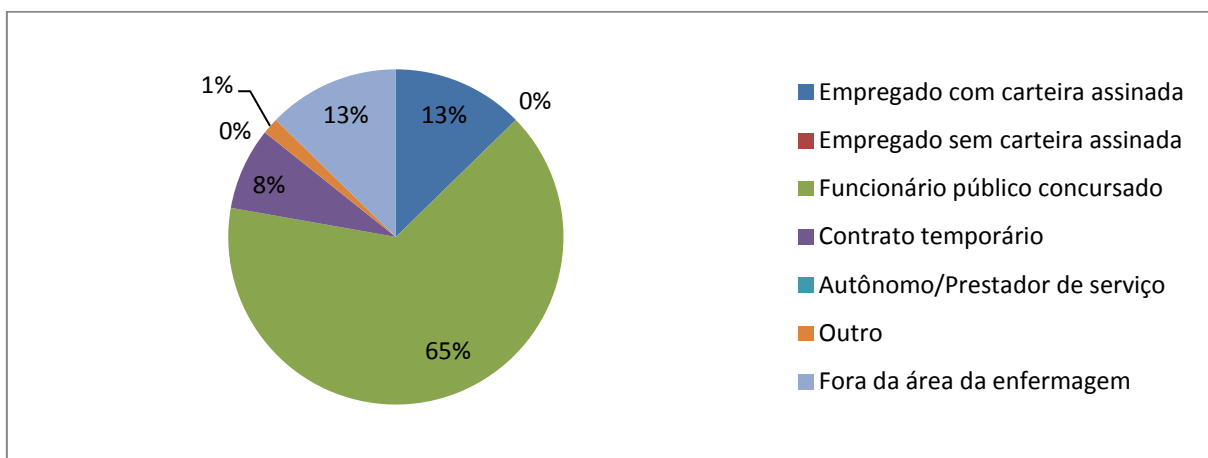
Entre os que atualmente trabalham na área da enfermagem, observa-se um predomínio daqueles que atuam na atenção primária (Gráfico 5), correspondente a 46% do total. Esses profissionais trabalham na atenção básica dos municípios, mais especificamente nas equipes de estratégia de saúde da família. Os que atuam na atenção secundária representam 19%, e trabalham nos hospitais municipais de pequeno porte, em geral lotados no interior do Estado do Ceará, que prestam serviços de baixa complexidade. Por fim, os que atuam na atenção terciária (22%) são procedentes dos hospitais de grande porte, com atendimento de alta complexidade, em sua maioria, localizados em Fortaleza.

Gráfico 5 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo os níveis de atenção à saúde, Ceará, 2016.



No que diz respeito ao vínculo empregatício, entre o egresso e a instituição de saúde onde trabalha, para aqueles que atualmente trabalham na área da enfermagem, a maioria (65%) é funcionário público concursado, sendo os demais contratados com carteira assinada (13%), em contrato temporário (8%), e ainda como cargo comissionado (1%), correspondente à categoria “outro”, conforme representado no gráfico 6. Não há profissionais contratados como autônomo/ prestador de serviço, ou empregado sem carteira assinada.

Gráfico 6 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE, trabalhadores da área da enfermagem, segundo tipo de vínculo empregatício, Ceará, 2016.



Na contramão da tendência geral do mercado de trabalho que aponta para contratos precários e vínculos precarizados estão os egressos desse estudo que, em sua maioria, possuem vínculo estável, por meio de concurso. Esta característica pode ser justificada pelo fato de que um dos critérios para inserção no CTE da ESP/CE é que o profissional seja trabalhador da rede de saúde pública do Estado do Ceará. Desta forma, são priorizados aqueles com vínculos mais estáveis em detrimento dos terceirizados, visto que a intenção é qualificar profissionais para que contribuam com a melhoria do serviço de saúde prestado à população e, portanto, os de vinculação mais estável possivelmente são os que permanecerão mais tempo no serviço, contribuindo para a sua melhoria.

Martins e Molinaro (2013), afirmam que a qualificação de profissionais com vínculos de trabalho fragilizados (por exemplo, os terceirizados), não tem sido considerada, do ponto de vista legal, como uma responsabilidade do Estado, pois no entendimento dos órgãos de controle, como as Controladorias e Tribunais de Contas, não se pode alocar recursos públicos para formação e qualificação de trabalhadores com esse tipo de vinculação, o que limita o

processo de educação permanente para uma parte dos trabalhadores do serviço público, visto que muitos estão vinculados ao serviço de forma precarizada.

Os que possuem mais de um vínculo empregatício representam a minoria dos egressos (14%/n=9), sendo ambos os vínculos, em sua maioria, em instituições públicas (78%/n=7), e os outros 22% (n=2) divididos em uma pública e outra privada, ou ambos em instituições privadas, com 11% (n=1) cada. Os demais egressos (86%/n=54) atualmente possuem apenas um vínculo de trabalho.

Esses dados também são contrários à tendência geral de que os profissionais da área da enfermagem possuem simultaneamente vários vínculos empregatícios, sujeitando-se a longas jornadas de trabalho através de contratos inconstantes que, frequentemente, não oferecem nem mesmo a cobertura dos direitos legais (CASTRO *et al.*, 2006; CHINELLI *et al.*, 2015).

Em relação à remuneração de trabalho, de acordo com o gráfico 7, o maior número de egressos (44%) afirmou ter uma renda bruta mensal atual entre 1 e 2 salários mínimos, ou seja, considerando que o valor atual do salário mínimo é R\$ 880,00, a maioria recebe entre este valor e R\$ 1.760,00. Também em quantidade expressiva (27%) estão os que possuem renda mensal de até 1 salário mínimo.

Os valores salariais citados estão abaixo da média de salário do auxiliar de enfermagem a nível nacional que é de R\$ 2.331,29, assim como aqueles que recebem até 1 salário mínimo, estão abaixo do valor considerado como piso salarial para essa categoria, que é de R\$ 1.286,92 (PISO SALARIAL, 2016). Deste modo, esses dois grupos, quando somados, totalizam 71% dos egressos da pesquisa, representando um quantitativo expressivo de profissionais com remuneração abaixo da média nacional.

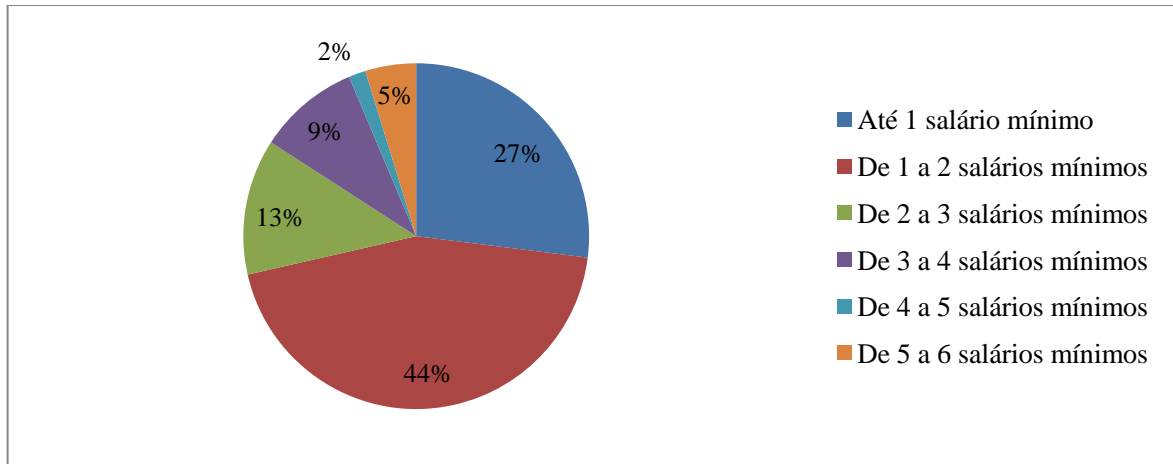
Aqueles que possuem uma renda mais elevada, que pode ser considerada fora do padrão comparada à renda média para os profissionais de nível médio na enfermagem, são aqueles que atuam em outras funções que não as do nível médio, ou aqueles que possuem algum tipo de adicional ao valor do salário.

Por exemplo, os egressos do CTE do município de Fortaleza, do ano de 2008 que são concursados como auxiliares de enfermagem de uma mesma instituição hospitalar localizada na capital do Estado, após a conclusão do curso, diante da impossibilidade de mudança de função devido à inexistência de um plano de cargos e carreiras, foram recompensados pela qualificação, com um acréscimo financeiro ao salário, na forma de adicional.

Diante do quadro apresentado, e considerando que os egressos são procedentes de famílias humildes e numerosas, pode-se supor que sua renda pessoal muitas vezes é uma parcela significativa, ou o único sustento para suas famílias, onde não necessariamente trata-

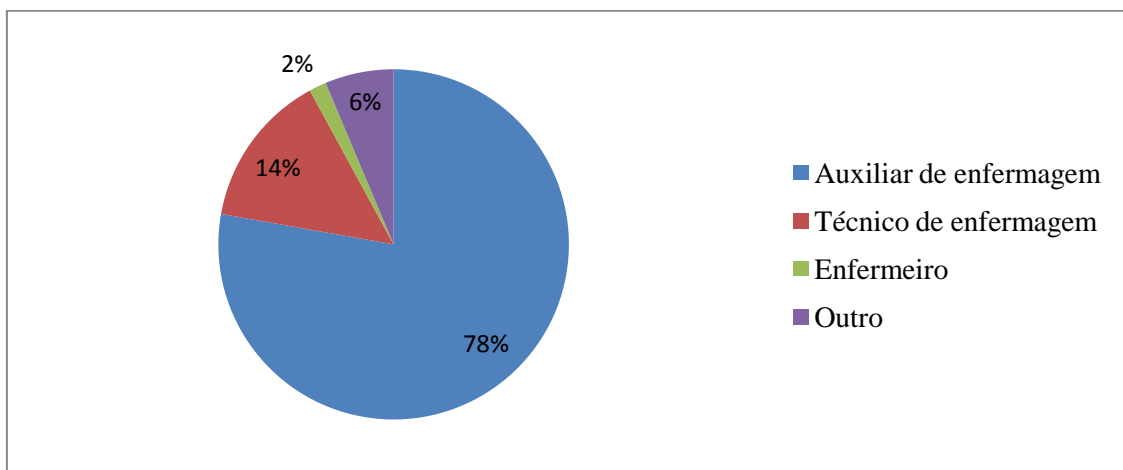
se apenas do sustento dos pais e filhos, mas frequentemente é também o sustento de irmãos e pais idosos ou desempregados.

Gráfico 7 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo a renda bruta mensal atual, Ceará, 2016.



Quanto à natureza da contratação atual dos participantes, 78% permanecem contratados como auxiliares de enfermagem, enquanto apenas 14% ascenderam para técnico de enfermagem e 2% para enfermeiro. Há ainda os que atualmente são contratados para outras funções fora da área da enfermagem, representando 6% do total (Gráfico 8). Estes últimos são 04 profissionais contratados para funções como: auxiliar administrativo, técnico de laboratório, técnico de farmácia e auxiliar de serviços gerais.

Gráfico 8 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo a função de contratação atual, Ceará, 2016.



Esses achados foram equivalentes aos de Bógus *et al.* (2011), em seu estudo sobre os egressos do CTE do PROFAE no Estado de São Paulo, onde também se identificou que mesmo após a conclusão da formação técnica, a maioria dos profissionais (80,1%) permaneceu na função de auxiliar de enfermagem, enquanto apenas 14,6% trabalhavam como técnicos de enfermagem.

Houve uma variação de tempo para que os 14% (n=9) dos egressos, atualmente contratados como técnicos de enfermagem fossem regularizados como tal. Para um deles a contratação foi imediata, pois foi aprovado para uma vaga de técnico, em um concurso, enquanto ainda estava cursando a formação técnica, já para os demais, a contratação demorou de 01 mês a 03 anos.

Essa regularização ocorreu através de concursos com plano de cargos e carreiras que possibilitavam a mudança de categoria (33%/n=3), ou novo concurso ou contratação por outra instituição de saúde (67%/n=6), sendo a maioria por instituições privadas. Para a maioria desses egressos (78%/n=7) houve melhoria salarial com a mudança de categoria.

Interessante destacar que, segundo relato dos egressos, não necessariamente a função pela qual são contratados é a função que exercem na prática, o que configura desvio de função. Por exemplo, há quatro egressos contratados como auxiliares de enfermagem que atualmente exercem funções administrativas.

Há ainda um egresso contratado como auxiliar de serviços gerais que atualmente exerce a função de técnico de enfermagem. Trata-se de um profissional inicialmente contratado para serviços gerais de limpeza em uma unidade de saúde, a quem foi oportunizado, pelo município onde trabalha, através de programas do Governo como o PROFAE, cursar a formação tanto de auxiliar quanto de técnico de enfermagem. Porém, após sua conclusão, passou a exercer a função de técnico de enfermagem sem, no entanto, regularizar sua situação trabalhista, permanecendo até os dias atuais, contratado como auxiliar de serviços gerais.

Esses achados são semelhantes aos do estudo de Medeiros *et al.* (2005) sobre as condições de trabalho e os riscos ocupacionais vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem da cidade de Natal-RN, onde foi encontrado que os funcionários mais antigos da amostra, que ingressaram na instituição como atendentes de enfermagem ou auxiliares de serviços gerais e, posteriormente, passaram a ser auxiliares de enfermagem, permaneceram sendo remunerados como auxiliares de serviços gerais.

Da mesma forma, os profissionais que ingressaram no hospital como auxiliares e, posteriormente concluíram o curso de técnico, também não conseguiram a ascensão funcional

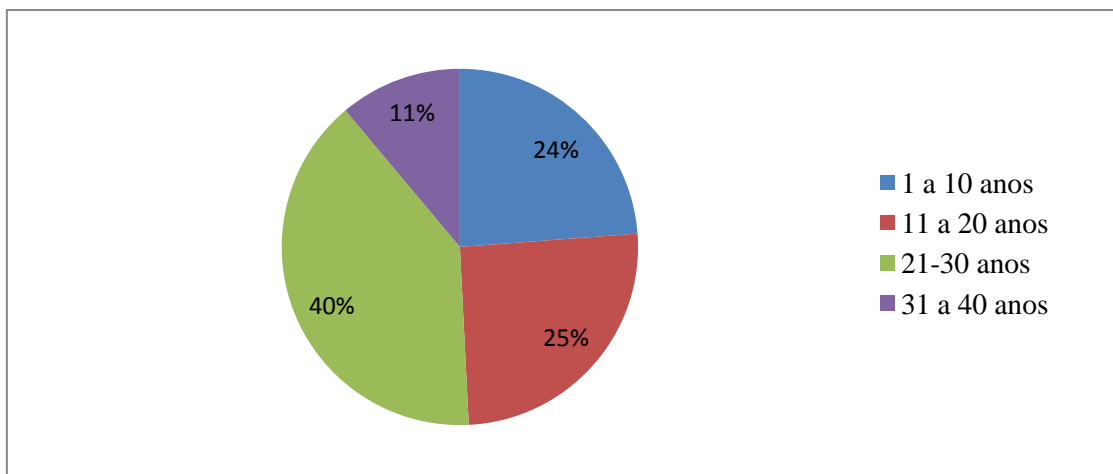
e respectiva melhoria salarial, embora na prática tenham passado a exercer a função de técnico de enfermagem (MEDEIROS *et al.*, 2005).

Há também egressos que atualmente trabalham em profissões de nível superior, como os graduados em serviço social, que permanecem legalmente contratados como auxiliares de enfermagem. Quando questionados quanto ao valor do salário que recebem, visto que são contratados para uma função quando na verdade exercem outra bem diferente, afirmam que recebem um valor diferenciado, acrescido ao salário na forma de adicional para compensar a mudança de categoria.

No que concerne ao tempo de serviço dos egressos no atual local de trabalho, grande parte (40%) permanece trabalhando na mesma instituição de saúde há, no mínimo, 21 anos, chegando até 30 anos de serviço, conforme representado no gráfico 9. Isso pode ser justificado pelo fato de que muitos deles são funcionários públicos concursados e por terem um vínculo estável de trabalho, permanecerem atuando em uma mesma unidade de saúde por muito tempo.

Essa característica de vínculo de trabalho estável muitas vezes é a responsável pela impossibilidade de mudança de cargo e ascensão funcional, devido à inexistência de um plano de cargos e carreiras, impossibilitando a mudança de cargo que mantenha os direitos já adquiridos como funcionário público. Desta forma, aqueles que atuam em serviços de saúde governamentais, e foram qualificados com recursos públicos do Estado, acabam por não serem absorvidos pelo próprio Estado para atuarem e serem remunerados conforme sua formação profissional (BÓGUS *et al.*, 2011).

Gráfico 9 – Distribuição dos egressos do CTE da ESP/CE segundo o tempo de serviço no atual local de trabalho, Ceará, 2016.



Em virtude da média de tempo de serviço no mesmo local de trabalho, que foi apontada pelos egressos, pode-se considerar que os trabalhadores da área da enfermagem tendem a permanecer inseridos no mercado de trabalho desta área por muitos anos e, muitas vezes, na mesma função.

Com base nos achados dos gráficos 8 e 9 a maioria dos egressos são atualmente contratados como auxiliares de enfermagem e trabalham de 21 a 30 anos no mesmo serviço, estes já trabalhavam no local antes de fazer o CTE. Bógus *et al.* (2011), em seu estudo, também observou que a maioria dos trabalhadores (74%) continuaram trabalhando na instituição de saúde em que atuavam quando cursaram a formação técnica em enfermagem. Desta forma, percebe-se que a mobilidade ocupacional foi estável para esses trabalhadores, especificamente considerando que a mudança na forma de contratação não aconteceu.

Essa discussão sobre a formação técnica em enfermagem e absorção desses trabalhadores pelo mercado de trabalho ocorre há décadas. Lima (1996) destacou que a qualificação técnica em enfermagem não era garantia de sua absorção pelo mercado de trabalho como tal, ao discutir uma pesquisa realizada em 1985 pelo COFEN, sobre o exercício de enfermagem nas instituições de saúde no Brasil, entre 1982 e 1983, onde foi constatado que a minoria dos técnicos em enfermagem ocupa o cargo para o qual foram preparados.

Semelhante a isso, está os resultados do estudo de Medeiros *et al.* (2005) onde as falas dos entrevistados apontaram que, apesar da qualificação ser importante para o profissional, somente os cursos não resolvem os problemas vivenciados e não mudam a realidade do trabalho, havendo a necessidade de maior incentivo, através de estratégias de mudanças efetivas para melhorar as condições de trabalho como o piso salarial, diminuição da jornada de trabalho e efetivação do plano de cargos, carreira e salários.

Isso faz repensar sobre o propósito dessa formação técnica, considerando os programas do Governo para formação em larga escala dos profissionais de nível médio da enfermagem, como o Projeto Larga Escala e o PROFABE, com dispendiosos gastos públicos que ao final não geram garantias de mudança regularizada de categoria aos trabalhadores.

4.5 MOBILIDADE OCUPACIONAL

Quanto à mudança oficial de categoria após a conclusão do CTE, ou seja, de auxiliar para técnico de enfermagem, ressaltando que, nesta pesquisa, quando se fala em mudança oficial, se refere à mudança de contratação trabalhista, assim como de registro de categoria no

conselho da profissão, verificou-se que para a maioria dos respondentes (86%) ela não aconteceu, semelhante ao observado no estudo de Bógus *et al.* (2011), onde a maior parte dos egressos (79%) também não conseguiu mudar de categoria profissional. Desta maneira, muitos relataram que exercem a função do técnico de forma não regularizada.

Entre os motivos citados pelos egressos para a ausência de mudança de categoria profissional, estão o fato de não haver contratação de técnicos de enfermagem em alguns municípios, ou por serem concursados como auxiliares de enfermagem e não existir um plano de cargos e carreiras que possibilite a mudança de categoria.

Portanto, verifica-se que aqueles que possuem um vínculo de trabalho formal e estável, através de concurso público, não conseguiram a mudança de categoria após a conclusão do CTE devido à inexistência de um plano de cargos e carreiras, e desta forma, essas pessoas diante da possibilidade de fazer um novo concurso para técnico de enfermagem, optaram por não o fazer por serem concursadas há muitos anos e não quererem perder os direitos já adquiridos. Então, enfatiza-se que a vinculação trabalhista formal da maioria dos trabalhadores se caracterizou, nesse estudo, como um dos principais, senão o principal fator que impossibilitou que a mobilidade ocupacional ocorresse de forma regularizada.

Pensar em mobilidade estável, ou porque não, imobilidade, nos remete a procurar suas causas e tentar compreendê-las. No caso da enfermagem, e mais especificamente entre os profissionais de nível médio dessa área, esperava-se que com a elevação da qualificação, através do curso técnico, resultasse em ascensão, valorização e reconhecimento profissional, assim como em melhoria salarial para esses trabalhadores.

Quando se fala em mobilidade ocupacional na enfermagem, em particular no nível médio, onde atualmente se encontram as categorias de auxiliar e técnico de enfermagem, é necessário levar em consideração as variáveis que influenciam ou contribuem para que a mobilidade aconteça ou não aconteça. Particularmente no caso dos participantes dessa pesquisa, a mobilidade verificada foi estável, o que poderia ser considerado um caso de imobilidade.

Segundo relatos colhidos entre os trabalhadores participantes da pesquisa, na prática do serviço, a hierarquia e a diferença de atividades realizadas entre auxiliar e técnico não são evidentes. Ser técnico, portanto, é o mesmo que ser auxiliar, sendo que a diferença entre eles está apenas no nível de conhecimentos teóricos, conforme expresso nos relatos de alguns egressos:

Aqui no hospital não há diferença de função. Todo mundo, seja auxiliar ou técnico, faz as mesmas coisas (FORTALEZA/2008E2).

Aqui todo mundo do município trabalha igual, mesmo quem é técnico é contratado só como auxiliar, e no serviço todo mundo trabalha igual (MARACANAÚ/2009E4).

De acordo com os relatos observa-se que na rotina do serviço, há uma desvalorização do técnico na medida em que se iguala ao auxiliar no desempenho de suas funções, ou seja, na prática eles realizam as mesmas atividades, de tal forma que não há nada que se possa afirmar ser executado por um e não pelo outro, ou que seja privativo de um ou do outro. Desta forma, considerando essa característica de execução de atividades de trabalho, fica difícil falar em mobilidade ascendente quando ambos fazem as mesmas atividades.

Resultados similares foram encontrados no estudo de Peduzzi e Anselmi (2003) sobre o processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, onde não foram referidas distinções entre o trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem, sendo considerado por parte dos auxiliares como similares e equivalentes. As diferenças de atividades realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem, quando existem, estão relacionadas ao turno de trabalho; às normas e rotinas da instituição; às ordens ou solicitações médicas; ao quadro de pessoal de enfermagem, sobretudo o quantitativo de trabalhadores em cada categoria. Portanto, trata-se de diferenças circunstanciais ou do contexto de trabalho e não da educação profissional de cada categoria.

Pensando unicamente sob essa ótica da prática, questiona-se o porquê dos auxiliares fazerem a complementação do curso para se tornarem técnicos, já que sua prática não irá mudar. Talvez, entre outras coisas, por medo de que a categoria do auxiliar seja extinta, ou pela necessidade da certificação para buscar um emprego com melhor salário, ou simplesmente na busca de aquisição de novos conhecimentos teóricos.

Fazendo um elo entre a realidade vivenciada na prática profissional e a formação da identidade profissional desses técnicos em enfermagem, percebe-se que essa categoria, quando comparada às demais da área da enfermagem, encontra-se no que poderíamos chamar de “limbo”, pois permanece em estado de indecisão ou incerteza, vivendo um constante conflito diante da indefinição de seu papel e da desvalorização de sua formação.

Quando questionados acerca dos motivos que os levaram a cursar a formação técnica em enfermagem, 59% apontaram o desejo de ampliar seus conhecimentos na área, aprimorando e enriquecendo o aprendizado em enfermagem, enquanto que 23% associaram a motivação para fazer o curso com o amor que têm pela profissão e por ajudar o próximo. Dez por cento dos egressos vislumbraram uma melhoria salarial em consequência da qualificação, e 5% destacaram que foi uma exigência do COREN ou da instituição onde trabalham. Houve

ainda 3% que relataram ter feito o CTE por influência da família ou por medo de que a categoria de auxiliar de enfermagem fosse extinta.

Dados similares foram encontrados nos estudos de Oliveira *et al.* (2007), e de Bógus *et al.* (2011), onde os alunos do curso técnico, em sua maioria, foram motivados a fazer o curso em busca de conhecimentos para melhorar a sua atuação e posição, além de ampliar as possibilidades de uma melhor colocação no mercado de trabalho.

Deste modo, muitos egressos foram fazer o curso principalmente porque se viram diante de uma oportunidade de estudar sem custos e adquirir conhecimentos, e não tanto pela perspectiva de um salário melhor. Então, quando a mobilidade ocupacional ascendente não aconteceu, não ficaram tão frustrados ou indignados, ao contrário, ficaram gratos pela oportunidade que lhes foi oferecida, de tal forma que ao final, mesmo sem muitas mudanças, foi gratificante para eles por que proporcionou aprendizado. Questiona-se o quanto e como esse aprendizado pode ter contribuído para a vida desses profissionais, assim como, se repensa no quanto a educação pode contribuir ou mesmo influenciar a mobilidade ocupacional ou social dessas pessoas.

Quanto à satisfação relacionada à atividade profissional desenvolvida atualmente, 79% se dizem satisfeitos e associaram a satisfação ao amor pela profissão que escolheram para trabalhar e isso fica explícito nos seguintes relatos:

Estou satisfeita, pois a enfermagem é a profissão que amo (ARACOIABA/2002E4).

Amo o que faço e sou realizada profissionalmente (BATURITÉ/2011E9).

Enfermagem é o ato de cuidar. Eu gosto muito (TURURU/2006E5).

Entre os 79% que estão satisfeitos, encontram-se alguns que relataram algum tipo de insatisfação apesar de gostarem de trabalhar na área da enfermagem, conforme expresso a seguir:

Estou satisfeita, mas queria minha carteira regularizada (MARACANAÚ/2009E7).

Sim, estou satisfeita, mas não somos valorizados (BATURITÉ/2011E11).

Gosto de trabalhar na área, porém há uma insatisfação salarial (BATURITÉ/2011E2).

A minoria que se diz insatisfeita com a atividade desenvolvida atualmente justificou a insatisfação por motivos como: inexistência de um plano de cargos e carreiras que possibilitasse a mudança de categoria; insatisfação salarial; inexistência de contratação

regularizada de técnicos de enfermagem em alguns municípios; por exercer outra função que não a contratada; desvalorização da categoria e; falta de reconhecimento da profissão.

Em relação à valorização da formação técnica, quando questionados se consideram que ela foi valorizada pela instituição onde trabalham, 76% afirmaram que não, enquanto que 21% consideraram que sim. Houve ainda aqueles que responderam sim e não (3%), considerando que o incentivo à educação por meio da oportunidade da formação que foi ofertada pelo gestor, é uma forma de valorização, porém, devido à ausência de mudança de categoria e salário, não houve valorização.

Os que consideraram sua formação valorizada pelo empregador do município, em sua maioria, associaram a valorização ao incentivo à educação que foi oferecido. Para aqueles que conseguiram a mudança de categoria de forma regularizada através do plano de cargos e carreiras, ou através de outro concurso, ou contratação por outra instituição de saúde, associou-se a valorização às melhorias salariais.

Já os que consideraram que não houve valorização, referiram-se à ausência de mudanças no trabalho, seja por permanecerem contratados como auxiliar, devido ao fato de não haver contratação de técnicos no município, por não haver melhoria salarial, ou pela inexistência de um plano de cargos e carreiras que possibilitasse a mudança de categoria.

Muitos disseram que fizeram o curso principalmente para adquirir conhecimento, e que não consideraram que sua formação foi valorizada porque não houve mudanças, mas quando foram questionados quanto à satisfação em relação à atividade profissional desenvolvida atualmente, responderam que sim, justificando que gostam do que fazem. Portanto, aparentemente a maioria não está insatisfeita com a profissão que escolheu, mesmo trabalhando muito e ganhando pouco, nem porque estudou em meio a dificuldades para finalizar o curso e não obteve melhoria profissional com isso. Ainda assim, a maioria se diz satisfeita.

Importante também considerar que o profissional técnico de enfermagem tem suas necessidades e satisfações pessoais, portanto se ele gosta do que faz e o faz há muitos anos, se dizendo satisfeito com a função que exerce e com a profissão que escolheu, se justifica o porquê de não se incomodar tanto com a imobilidade e permanecer acomodado com sua situação profissional. Trata-se muitas vezes de pessoas de idade avançada, que trabalham em uma mesma instituição de saúde há muito tempo, fazendo o mesmo trabalho. Então se supõe que já não têm maiores perspectivas profissionais, se preparando para a aposentadoria.

Há municípios que não contratam técnicos de enfermagem, apenas auxiliares. Ainda mais interessante é o fato de que esses municípios realizam concurso com vagas para auxiliar

de enfermagem, onde é exigida a formação técnica em enfermagem, com registro no COREN. Então, torna-se questionável: Como é possível um município não contratar técnicos e exigir essa formação quando se propõe a contratar somente auxiliares? E quando este município possui instituições de saúde que oferecem serviços de alta complexidade, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e emergência, que são setores onde o conselho da profissão exige que para trabalhar ali o profissional seja técnico?

O que se verifica é que o município tem o técnico trabalhando neste setor, pois o profissional que está ali tem a certificação técnica e, quando não tem, o gestor rapidamente “oportuniza” que aquele profissional faça o curso técnico. O que ocorre é que após o curso, esse profissional não vai até o conselho regularizar sua situação e registrar-se como técnico, porque para ele financeiramente não compensa, já que o município só contrata auxiliar e paga o salário correspondente a essa categoria e, para se registrar como técnico, o profissional precisará pagar um valor maior que o do auxiliar, conforme descrito nas Tabelas 5 e 6. O ideal seria que, se para o técnico de enfermagem atuar em um determinado setor ele precisa ser certificado e registrado como tal, ele deveria ser contratado e pago como tal.

Tabela 5 – Valores de pagamento para a 1ª inscrição no sistema COFEN/CORENs.

INSCRIÇÃO DEFINITIVA	ENFERMEIRO	TÉCNICO	AUXILIAR
ANUIDADE	249,41	162,41	139,20
EXPEDIÇÃO DE CARTEIRA	50,15	50,15	50,15
PROFISSIONAL INSCRIÇÃO E REGISTRO DE PESSOA FÍSICA	75,20	75,20	75,20
TOTAL	374,76	287,76	264,55

Fonte: COREN-CE

Tabela 6 – Valores de pagamento para inscrição com mudança de categoria/reinscrição.

INSCRIÇÃO DEFINITIVA	ENFERMEIRO	TÉCNICO	AUXILIAR
ANUIDADE	277,12	180,45	154,67
EXPEDIÇÃO DE CARTEIRA	50,15	50,15	50,15
PROFISSIONAL INSCRIÇÃO E REGISTRO DE PESSOA FÍSICA	75,20	75,20	75,20
TOTAL	402,47	305,80	280,02

Fonte: COREN-CE

Ocorre que o COREN vai até a instituição de saúde desse município para realizar a fiscalização do exercício da profissão e comunica ao profissional que para trabalhar naquele setor ele precisa ser técnico, não apenas certificado como tal, mas também registrado como tal e, diante disso, o profissional se vê obrigado a se registrar como técnico para continuar trabalhando ali, enquanto seu contrato e seu salário permanecem como de auxiliar, o que não compensa financeiramente.

A outra opção para esse profissional seria solicitar uma mudança de setor para outro de menor complexidade onde é aceito pelo COREN que o profissional que trabalha ali seja apenas auxiliar, o que poderia ser considerado um retrocesso para o profissional que trabalha há muitos anos em uma unidade de alta complexidade e que teria que se readaptar a uma nova rotina de trabalho em outro setor. Também significaria uma perda para o setor de um profissional adaptado e experiente.

Logo, tem-se um quadro onde o empregador possui o profissional técnico de enfermagem devidamente certificado trabalhando nos setores de alta complexidade, mas para o COREN essa situação é irregular, visto que formalmente perante o conselho esse profissional não existe, já que não está registrado nessa categoria, o que caracteriza o exercício ilegal da função, pois o profissional não pode exercer se não estiver devidamente registrado e em dias com suas obrigações profissionais.

Diante dessa realidade, deveria haver algum tipo de intervenção por parte dos órgãos e entidades da profissão, a favor do profissional de enfermagem. O COFEN, assim como, o COREN não interferem na relação trabalhista entre empregado e empregador.

De acordo com a Lei nº 5.905/73 que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências, em seu artigo 8º:

Compete ao Conselho Federal: I – aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais; II – instalar os Conselhos Regionais; III – elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais; IV – baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; V – dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais; VI – apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais; VII – instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão; VIII – homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais; IX – aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes; X – promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional; XI – publicar relatórios anuais de seus trabalhos; XII – convocar e realizar as eleições para sua diretoria; XIII – exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei (BRASIL, 1973).

Em seu artigo 15º:

Compete aos Conselhos Regionais: I- deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento; II – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal; III – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal; IV – manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição; V – conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis; VI – elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal; VII – expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade; VIII – zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam; IX – publicar relatórios anuais de seus trabalhos e relação dos profissionais registrados; X – propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional; XI – fixar o valor da anuidade; XII – apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano; XIII – eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal; XIV – exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal (BRASIL, 1973).

O inciso II do artigo 15º afirma que compete aos Conselhos Regionais, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, porém, não ficam explícitos quais aspectos do exercício profissional são fiscalizados e, se entre eles está incluso as relações trabalhistas entre o profissional e a instituição, e a intervenção pela regularização de vínculos trabalhistas.

No entanto, o COREN do Distrito Federal (DF) afirma que a ação dos Conselhos Profissionais se desenvolve no sentido da valorização do diploma, moralização profissional, proteção dos interesses sociais, da legalidade e, principalmente, no resguardo dos princípios éticos. Desta forma, as atividades de fiscalização do exercício profissional, pelos Conselhos Federal e Regional, não abrangem diretamente todos os aspectos do exercício dessas atividades, mas tão somente aquelas revestidas de conteúdo ético, sendo as questões de relações trabalhistas encargos dos Sindicatos e, quando aplicáveis, à justiça do trabalho ou mesmo ao ministério público (COREN-DF, 2009).

Em concordância com a afirmação do COREN-DF sobre a atuação dos Conselhos Regionais na fiscalização do exercício profissional, está o COREN do Amazonas, ao afirmar que uma de suas características, justificada pelo que determina sua Lei de criação, é muitas vezes não poder representar seus inscritos em questões de cunho trabalhista, pois os Sindicatos são as entidades legitimadas por Lei para realizar esta representação, intervindo nas relações entre empregadores/gestores e seus colaboradores (COREN-AM, 2014).

No estudo de Bógus *et al.* (2011), os egressos se mostraram insatisfeitos com o desempenho do COREN como órgão de classe e cobraram uma atuação em defesa da criação de cargos de técnico de enfermagem nas instituições de saúde, principalmente considerando que o próprio COREN foi o responsável pela pressão da necessidade da qualificação técnica

pelos auxiliares de enfermagem, visto que havia a proposição de extinção do cargo de auxiliar, conforme a Resolução 276/2003 do COFEN, regulando a concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem, que posteriormente foi revogada pela Resolução 314/2007.

Segundo os relatos dos egressos deste estudo citado, é de interesse do próprio COREN que os cargos de técnico sejam criados, pois quando o profissional está devidamente inscrito e registrado nessa categoria, também terá obrigatoriamente que contribuir para o órgão de classe como técnico e, desta forma, o valor da contribuição seria maior. Também relataram que o COREN incentiva a formação técnica, mas não intervém a favor do profissional, restringindo sua atuação às cobranças.

De acordo com o inciso X, do artigo 15º da Lei 5.905/73, compete ao COREN propor ao COFEN medidas visando à melhoria do exercício profissional, portanto, deveria haver maiores proposições do COREN junto ao COFEN de intervenções a favor dos profissionais de enfermagem, para que esses passassem a ter o reconhecimento que procuram.

Para o empregador que contrata apenas auxiliares de enfermagem, e nesse caso não se pode afirmar o porquê disso, mas se pode supor que seja por questões financeiras, a situação parece bastante favorável, pois qualifica seus trabalhadores, “oportunizando” a formação técnica que ao final não irá gerar mudança contratual, melhoria salarial, de reconhecimento ou valorização profissional dentro daquela instituição.

Portanto, para o empregador, a formação ofertada por programas do Governo e oferecida de forma gratuita, torna-se muitas vezes uma forma de se obter força de trabalho barata e qualificada e ainda de criar uma falsa ilusão ao empregado de que o gestor daquele município investe em educação para seus profissionais almejando o crescimento profissional dos mesmos. Diante do fato de que não há contratação de técnicos no município, o profissional que almeja uma mudança de categoria, se vê obrigado a procurar emprego em outro município, o que nem sempre se torna viável diante do fato que sua família e/ou seu emprego concursado está vinculado ao seu município de origem.

Conclui-se que a ênfase na qualificação dos trabalhadores do nível médio da enfermagem, que vem ocorrendo há tempos com a implantação de vários projetos de formação pelo Governo, precisa ser acompanhada pela regularização do contrato de trabalho desses profissionais, assim como da ampliação da oferta de vagas para técnico de enfermagem, com contratação legalizada para essa categoria, pois de nada adianta formar profissionais técnicos quando não existem vagas para absorvê-los no mercado de trabalho.

Diante do quadro descrito, tem se tornado urgente criar iniciativas e soluções para enfrentar esse problema e se repensar a forma como um grande número de trabalhadores, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, tem desempenhado suas funções, expostos a uma subcondição de exercício da profissão, à instabilidade, à insegurança e à vulnerabilidade.

4.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Houve limitações da pesquisa, relacionadas ao percurso metodológico, que dificultaram a criação da lista com os dados dos participantes do estudo, como o fato de que há lacunas nos arquivos da ESP/CE, onde as turmas mais antigas possuem pouca ou nenhuma informação pessoal dos alunos, além do nome.

Quando a Escola começou a ofertar o CTE, em 2002, ainda não havia sido adotado um modelo de ficha de inscrição, como a que é utilizada atualmente, contendo informações pessoais do aluno como nome, data de nascimento, CPF, endereço, telefone, email, além de dados profissionais como, local, endereço e telefone de trabalho.

Também é importante ressaltar que os dados mais antigos, das turmas dos anos anteriores a 2006, não ficam arquivados na Escola. Desta forma, houve uma dificuldade para localizar esses arquivos e, especificamente, os das turmas do ano de 2004 não foram localizados. Com a ausência dos arquivos desse referido ano, somaram-se 65 egressos, das duas turmas de Fortaleza, que foram simplificados a apenas uma lista nominal dos alunos, escrita à mão, o que dificultou a leitura gerando dúvidas quanto aos nomes, procedente de um livro de atas de resultados finais dos cursos de qualificação profissional de enfermagem da Escola, que fica arquivado na própria Secretaria Escolar da ESP/CE. Isto dificultou a coleta de dados da pesquisa, já que estes dados serviriam para subsidiar as próximas etapas da coleta.

Na tentativa de suprir os dados faltantes, foram realizadas consultas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para coleta de dados como: tipo de estabelecimento onde trabalham; nível de atenção à saúde a qual estão vinculados; esfera administrativa à qual pertence o estabelecimento; unidade da federação onde o estabelecimento está instalado; carga horária semanal exercida; existência ou não de vínculo com o SUS; e tipo de vínculo trabalhista do profissional.

Esta consulta era facilitada quando coletado o número dos CPFs dos egressos, porém em posse apenas dos nomes, tornava-se mais difícil, diante da grande quantidade de

homônimos. Importante destacar também que muitas vezes não foi possível encontrar dados do profissional, devido ao mesmo não estar cadastrado no CNES, além de que havia dados desatualizados.

Outra limitação deste estudo relacionou-se em localizar os egressos diante do fato de que muitos telefones, endereços e locais de trabalho, quando existentes nos arquivos da ESP/CE, estavam desatualizados. Deve-se ponderar também que houve egressos que não concordaram em participar da pesquisa (n= 03), além dos falecidos (n= 02) e, outros que agendaram para responder o questionário, mas não compareceram (n= 15). Quando isto ocorria, outro egresso era sorteado.

Então, foram dificuldades que ao serem somadas tornaram-se significativas, e contribuíram para que o número de participantes estipulado para compor a amostra não fosse atingido, considerando também outros fatores como a limitação de tempo para realizar a coleta de dados, a quantidade de municípios adjacentes, além do município-polo, a serem visitados, e a distância entre os municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CTE ofertado pela ESP/CE durante uma década (2002 a 2012) proporcionou qualificação a um quantitativo significativo de trabalhadores da área da enfermagem no Estado do Ceará. O estudo sobre os egressos deste curso oportunizou conhecer o perfil desses trabalhadores, tanto pessoal quanto educacional e familiar, como também suas atuais atividades profissionais e alguns aspectos relacionados a estas atividades.

Embora restrita a 18% (n=63) do total de egressos do CTE da macrorregião de saúde Fortaleza, do período de 2002 a 2012, a amostra do estudo foi representativa da população estudada, fornecendo características importantes pelas quais foi possível dimensionar o impacto da formação técnica para a trajetória profissional desses trabalhadores.

O perfil dos participantes da pesquisa demonstrou uma predominância do sexo feminino, porém com uma representação masculina que embora em minoria, destacou-se por obter uma mobilidade ocupacional ascendente dentro da área da enfermagem. Já a faixa etária dos egressos variou entre 28 e 65 anos, concentrando-se entre 36 e 45 anos, significando um grupo mais maduro de trabalhadores, formalmente inseridos no mercado de trabalho, que buscaram a elevação da qualificação através do curso de complementação técnica em enfermagem.

O perfil familiar dos egressos mostrou que a maioria é proveniente de famílias com baixo nível socioeconômico e de incipiente grau de instrução, moradoras de municípios do interior do Estado do Ceará, filhos de pais agricultores e mães “donas de casa”, muitas vezes sem uma profissão remunerada. Possuem, em média, de 1 a 4 irmãos, e 2 filhos.

O perfil escolar revelou que, em grande parte, os egressos concluíram os estudos de ensino fundamental e ensino médio integralmente em escola pública, no ensino regular. Também revela que a maioria trabalhou concomitantemente a esses estudos, o que reforça a ideia de que muitos precisaram trabalhar desde muito jovens para contribuir com a renda da família. Nesse sentido, concluiu-se que houve um aumento da escolarização dos egressos em relação aos seus pais, o que significa uma ampliação da possibilidade de ascensão social e econômica da família.

Constatou-se também que a maioria permanece no nível médio de escolarização, inserida no mercado de trabalho em saúde, especificamente na área da enfermagem, predominantemente no setor público e no nível primário de atenção à saúde. Destaca-se ainda que, em grande parte, os egressos permanecem trabalhando na mesma instituição de saúde há, no mínimo, 21 anos, chegando até 30 anos de serviço. A vinculação trabalhista prevacente é

a de funcionário público concursado, sendo a categoria de auxiliar de enfermagem a oficialmente contratada e esse o único vínculo de trabalho.

Quanto à remuneração de trabalho, a maior parte dos egressos (71%) recebe de 1 a 2 salários mínimos, representando um quantitativo expressivo de profissionais com remuneração abaixo da média nacional. Ressalta-se que essa remuneração é referente à contratação atual dos participantes do estudo, onde a maioria permanece contratada como auxiliar de enfermagem, enquanto apenas a minoria ascendeu regularmente para técnico de enfermagem ou para enfermeiro.

Portanto, verificou-se que, para a maioria, a mudança de categoria para técnico de enfermagem de forma regularizada, após a conclusão do CTE, não aconteceu. Esses dados foram semelhantes à de outros estudos dessa temática, de diferentes períodos, o que nos leva a concluir que essa problemática não é recente na história da enfermagem.

Isto representa que as políticas de educação profissional deixaram de ser seguidas de políticas trabalhistas que lutem pela ascensão profissional desses trabalhadores, os quais por mais que busquem na formação técnica subsídios para mudanças no processo de trabalho, não têm garantias de que essas mudanças acontecerão por meio da qualificação. Há a necessidade de maior incentivo, através de estratégias de mudanças efetivas que venham a melhorar as condições de trabalho como o piso salarial, redução da jornada de trabalho e efetivação do plano de cargos, carreira e salários.

Para aqueles que obtiveram uma mudança de categoria de forma regular, houve uma variação de tempo de um mês a três anos para que ela ocorresse, com exceção de uma única contratação imediata. Esta regularização ocorreu através de concurso com plano de cargos e carreiras que possibilitava a mudança de categoria ou um novo concurso ou a contratação por outra instituição de saúde, sendo a maioria por instituições privadas. Para a maior parte desses egressos houve melhoria salarial com a mudança de categoria.

Na análise dos motivos para a ausência de mudança de categoria profissional de forma regular, destacou-se o fato de não haver contratação de técnicos de enfermagem em alguns municípios ou a inexistência de um plano de cargos e carreiras que possibilitasse a mudança de categoria.

Essa análise possibilitou concluir que como a maioria dos egressos possui uma vinculação trabalhista por meio de concurso público, que mesmo estável, com garantias e benefícios, não possui um plano de cargos e carreiras que possibilite ao trabalhador uma ascensão em consequência da sua qualificação. Essa ausência foi a principal responsável pela impossibilidade de mudança de cargo e ascensão funcional para grande parte dos egressos

desse estudo, pois impossibilitou uma mudança que mantivesse os direitos trabalhistas já adquiridos como funcionário público.

No entanto, verificou-se que na prática em serviço, a mobilidade ocupacional ascendente ocorreu, mesmo que de forma irregular, principalmente ao ser destacado nos relatos dos egressos que mesmo sem uma mudança oficial, após a conclusão do CTE, estes passaram a exercer a função de técnico em enfermagem nas instituições onde trabalham.

Foi também afirmado pelos egressos que não há distinção entre auxiliares e técnicos de enfermagem no desenvolvimento das atividades dessas categorias, de tal maneira que na rotina diária de trabalho, ambos se igualam no desenvolvimento de atividades em serviço. Isto faz repensar sobre o propósito da formação de complementação técnica em enfermagem, considerando que a realidade observada caracteriza a desvalorização do técnico ao desconsiderar a hierarquia da enfermagem e sua qualificação, que o torna apto a desenvolver atividades com maior nível de complexidade quando comparadas as do auxiliar. Esta indistinção de atividades realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem também vem sendo apontada e discutida há tempos em outros estudos sobre essa temática.

Na análise dos motivos que levaram os egressos a cursar a formação técnica em enfermagem, prevaleceu o desejo de ampliar seus conhecimentos na área, aprimorando e enriquecendo o aprendizado em enfermagem, o que ressalta que as perspectivas de melhorias de condições de trabalho e de remuneração ficaram em segundo plano.

A maioria também se diz satisfeita com a atividade profissional desenvolvida atualmente, associando a satisfação ao amor pela profissão que escolheram para trabalhar. Já em relação à valorização da formação técnica, a maioria afirmou que não houve valorização pelos gestores das instituições onde trabalham, visto que não houve mudança oficial de categoria profissional. Os que consideraram sua formação valorizada pelo empregador do município, em sua maioria, associaram a valorização ao incentivo à educação que foi oferecido.

O perfil apresentado sugere que para a maioria dos egressos, o CTE representou uma oportunidade de retomada dos estudos (principalmente para aqueles que concluíram a formação de auxiliar de enfermagem há muito tempo), através da complementação da formação, o que gerou expectativas, principalmente em relação à aquisição de novos conhecimentos e, em menor escala, quanto às mudanças profissionais e melhorias salariais, de reconhecimento e de valorização.

Desta forma, depreende-se que as mudanças mais relevantes após a conclusão do CTE, apontadas nos relatos dos egressos, estão relacionadas à aquisição de conhecimento na área da

enfermagem, enquanto que aquelas relacionadas às condições de trabalho, satisfação e reconhecimento profissional, ainda que em segundo plano, não foram atendidas de maneira satisfatória.

Diante do quadro verificado de falta de regularização profissional dos cargos ocupados pelos profissionais, questiona-se a inexistência de algum tipo de intervenção por parte dos órgãos e entidades da profissão, como o COFEN e o COREN, a favor do profissional de enfermagem, visto que ambos não interferem na relação trabalhista entre empregado e empregador.

Diante do exposto, considera-se que a ênfase na qualificação de trabalhadores do nível médio da enfermagem precisa ser acompanhada por iniciativas para a desprecarização do trabalho na saúde, com a regularização trabalhista desses profissionais e a ampliação da oferta de vagas para técnico de enfermagem nos municípios, com contratação legalizada para essa categoria.

Nesta perspectiva, acredita-se que esse estudo atingiu seus objetivos propostos, oportunizando conhecimento acerca da imobilidade ocupacional verificada entre os egressos do CTE da ESP/CE, e de seus determinantes. O estudo também poderá fomentar discussões acerca do propósito desta formação técnica e da regularização trabalhista da categoria de Técnico de Enfermagem no Ceará.

Sugere-se, portanto, a continuidade desse estudo, de forma a ampliar seus resultados, na tentativa de compreender melhor a situação trabalhista desses profissionais do nível médio da enfermagem, e de seus determinantes, incluindo a ótica dos gestores estaduais e municipais de saúde e dos órgãos fiscalizadores da profissão.

REFERÊNCIAS

- ALGEBAILLE, J. Profaps: o presente da Rede. **Revista RET-SUS**, ano V, n. 41, p. 14-18, janeiro/fevereiro, 2011.
- ALMEIDA, L. P. V. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 31-35, jan/fev, 2008.
- BALTAR, P. E. A.; PRONI, M. W. Sobre o regime de trabalho no Brasil: rotatividade da mão de obra, emprego formal e estrutura salarial. In: SANTOS, A. L.; OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996, p. 109-186.
- BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 194-200, jan/mar, 2009.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BÓGUS, C. M. *et al.* Conhecendo egressos do curso técnico de enfermagem do PROFAE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 945-952, 2011.
- BORGES, F. T.; GARBIN, C. A. S.; SIQUEIRA, C. E.; GARBIN, A. J. I.; ROCHA, N. B.; LOLLI, L. F.; MOIMAZ, S. A. S. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2012.
- BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União – Seção 1**, Brasília, DF, 09 jun. 1987. p. 8853.
- _____. Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 1998.
- _____. Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jul. 1973.
- _____. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
- _____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Seção 1.

_____. _____. Portaria n.º 1.298/GM/MS, de 25 de novembro de 2009. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Portaria n.º 2.517/GM/MS, de 01 de novembro de 2012. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e desprecarização do trabalho em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Resolução n.º 466 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU n.º 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - **SGETS: políticas e ações** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b, p.1-20.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília; 2006a.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PROFAE – Profissionalização dos Trabalhadores da Área de enfermagem**. Brasília, DF, 2006b.

CAMPELO, A. M. M. B.; LIMA FILHO, D. L. L. Educação profissional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p.

CAMPOS, F. Profaps: o presente da Rede. **Revista RET-SUS**, ano V, n. 41, p. 14-18, jan/fev, 2011. Entrevista concedida a Joana Algebaile.

CANUTO, O. M. C. *et al.* Formação técnica em enfermagem: integrando ensino-serviço para qualificar a atenção no Ceará. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM*, 66, 2014, Belém. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Belém: CBen, 2014. CD-ROM.

CARVALHO A. C. Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976: documentário. 2a ed. Brasília: ABEN; 2008.

CASTRO, J. L. *et al.* Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização do trabalho. **Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005 ROREHS/MS/OPAS**. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 235-256, jan./jun. 2013.

CBO. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 3ª ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. v. 1, 828 p.

CÊA, G. S. S.; REIS, L. F.; CONTERNO, S. PROFAE e lógica neoliberal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5 n. 1, p. 139-159, 2007.

CEARÁ, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Plano do Curso Técnico em Enfermagem**. Fortaleza, 2012a.

CEARÁ, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Projeto político pedagógico**. Fortaleza, 2012b.

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

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p.

CHINELLI, F. *et al.* Os trabalhadores técnicos de saúde e a construção de suas trajetórias: a relação entre qualificação e inserção ocupacional. *In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA*, 29, 2014, Natal. **Anais da 29ª Reunião Brasileira de Antropologia**. Natal: RBA, 2014. Disponível em: <<http://www.anaisda29rba.org/#!gt26/c10ep>>. Acesso em 30 mar. 2015.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação em saúde. *In: MOROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (Orgs.) Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; MENEZES, C. Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde. *In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.; MATOS, A. (Org.). Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas*

Públicas. 1 ed. Minho, Portugal: Centro de Investigação em Ciências Sociais CICS, 2014, v. 1, p. 01-305.

COELHO, J. E. O decreto nº 2.208/97 e a reforma da educação profissional na unidade Florianópolis da escola técnica federal de Santa Catarina. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO*, 7, 2013, Cuiabá. **Anais dos Congressos Brasileiros de História da Educação**. Cuiabá: CBHE, 2013. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe7>>. Acesso em: 25 out. 2014.

COREN-AM. Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas. “Mas não lembro para quê serve o Coren... o sindicato... a associação...!”. Disponível em: <www.corenam.gov.br/mas-nao-lembro-para-que-serve-o-coren-o-sindicato-a-associacao_1910.html>. Acesso em: 27 jun. 2016.

COREN-DF. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Parecer nº 008/2009 Fiscalização e regularização da categoria de técnico de enfermagem junto à UnB. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/no-0082009-fiscalizacao-e-regularizacao-da-categoria-de-tecnico-de-enfermagem-junto-a-unb/>>. Acesso em 23 jun. de 2016.

CORREIA, M. F. B. A constituição social da mente: (re)descobrimo Jerome Bruner e construção de significados. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 8, n. 3, p. 505-513, dez, 2003.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20. n. 3. p. 780-788. 2004.

GALVÃO, E. A. A invisibilidade dos profissionais técnicos da saúde é real. **Revista RET-SUS**, ano VII, n. 61, p. 20-21, maio, 2013. Entrevista concedida a Jéssica Santos.

GALVÃO, E. A. A. Profaps: o presente da Rede. **Revista RET-SUS**, ano V, n. 41, p. 14-18, janeiro/fevereiro, 2011. Entrevista concedida a Joana Algebaile.

GALVÃO, E. A. A.; SOUSA, M. F. As escolas técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1159-1189, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÖTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista latino-americana de enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 163-171, set/out. 2007.

GUIMARÃES, N. A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativas de população. 2014. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 28 jul. de 2014.

_____. _____. Censo demográfico 1940/2010. Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões-1940/2010. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/nupcialidade-e-fecundidade.html>>. Acesso em: 25 jun. de 2016. 2010a.

_____. _____. Censo demográfico 1940/2010. Habitantes por zona rural e urbana em cada município: Ceará. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/censo-2010/populacao-urbana-e-rural/ce/>>. Acesso em: 22 jun. de 2016. 2010b.

IFDM. Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal, ano de base 2013. **Sistema FIRJAN** (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro), dez, 2015. Disponível em: <<http://www.firjan.com.br/ifdm/>>. Acesso em: 30 jun. de 2016.

IPECE. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará**. Comportamento das taxas de migração, fecundidade e nupcialidade no Ceará na última década, 2012. Análise a partir dos dados Preliminares da Amostra do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/Ipece_Informe_24_marco_2012.pdf>. Acesso em: 28 jun. de 2016.

_____. _____. Perfil do Analfabetismo no Ceará. Análise a partir dos dados da PNAD (2001, 2006 e 2012). Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/Ipece_Informe_65_23_outubro_2013.pdf>. Acesso em: 28 jun. de 2016.

KALLEBERG, A. L. Crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 24, v. 69, p. 21-30, 2009.

KNOWLES, M. S.; HOLTON, III E. F.; SWANSON R. A. **Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 388p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Formação de pessoal de nível médio para a saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.1, p.13-20. 2010.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil, *Ciências & Saúde Coletiva*, n. 18, v. 6, p. 1.667-1.676, 2013.

MATHIAS, M. Profaps. **Revista RET-SUS**, ano V, n. 38, p. 10-15, setembro, 2010.

MEC. **Ministério da Educação e Cultura**, 2005. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>> Acesso em: 21 out. de 2014.

MEDEIROS, S. M. (Coord.) *et al.* Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. **Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005 ROREHS/MS/OPAS**. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suplemento 2; p. 2133-2161. 2008.

NASCIMENTO, M. I. M.; COLLARES, S. A. O. Análise da eficiência da Lei 5.692/71 na formação dos trabalhadores de Guarapuava sob a perspectiva de consciência para a cidadania e qualificação para o trabalho. **Revista HISTEDBR [online]**, Campinas, n.20, p. 76 - 85, dez. 2005 - ISSN: 1676-2584.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; PORTO, I. S.; FERREIRA, M. A.; CASTRO, J. B. A. Perfil dos alunos ingressos nos cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem do projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (Profae) no Rio de Janeiro – Brasil. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.1, jan/fev, 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

PACHECO, E. (Org.) **Perspectivas da educação profissional técnica de nível médio: propostas de diretrizes curriculares nacionais**. São Paulo: Moderna, 2012.

PARENZA, C. T. **Mobilidade ocupacional e qualificação: um estudo com trabalhadores da região metropolitana de Porto Alegre**. 2012. 230 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PARENZA, C. T.; SANDI, D. Trajetórias no mercado de trabalho e qualificação dos trabalhadores: um panorama da região metropolitana de Porto Alegre no período de 2003 a 2006. In: SIMIONATO, M. F. (Org.) **Percursos investigativos em trabalho, educação e formação profissional**. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. In: **Formação** / Ministério da Saúde. Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. jan, 2003. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006. 118p.

PINTO, L. L. S.; FORMIGLI, V. L. A.; RÊGO, R. C. F. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 31, n.1, jan/jun, 2007.

PISO SALARIAL. Tabela salarial 2016 – Tabela de piso salarial, salário médio e teto salarial. Disponível em: <<http://www.pisosalarial.com.br/salarios/tabela-salarial/>>. Acesso em: 20 jun. de 2016.

PRONKO, M. *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

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

RAMOS, M. N. Pedagogia das competências. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p.

RIBEIRO, A. C.; SOUZA, J. F.; SILVA, J. L. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 569-575, jul/set. 2014.

RIBEIRO, C. A. **Estrutura de classe e mobilidade social no Brasil.** Bauru, SP: Edusc/Aponcs, 2007, 370p.

RIBEIRO, C. A. **Mobilidade e estrutura de classes no Brasil contemporâneo.** Sociologias, Porto Alegre, ano 16, nº 37, set/dez 2014, p. 178-217.

SALVATORI, A.; BONI, M. I. M. A reforma da educação profissional nos anos 90: uma análise sobre as propostas e práticas no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- EDUCERE, 7., 2007, Curitiba. **Anais do VII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE.** Curitiba: Champagnat, 2007. 1 CD-ROM.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral:** calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20 out. 2014.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 25 out. 2014.

SCALON, M. C. **Mobilidade social: Teoria(s) e Método(s).** Anpocs, out. 2001. Disponível em: <<http://www.anpocs.org/portal>>.

SILVA, P. H. C. **Trajetórias ocupacionais de trabalhadores desligados do setor de telecomunicações.** 2003. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SÓRIO, R. E. R. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das escolas técnicas de saúde do sistema único de saúde. In: **Formação / Ministério da Saúde.** Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – v. 2, n. 5, 2002. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SÓRIO, R. E. R.; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 147-164, 1998.

SOUSA, W. M. L. *et al.* Composição da força de trabalho da escola de Saúde Pública do Ceará, suas formas de contratação e o impacto dessas para a Instituição. *In: CONGRESSO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO CEARÁ, XIII, 2013, Fortaleza. Anais do Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará.* Fortaleza: COSEMS/CE, 2013. CD-ROM.

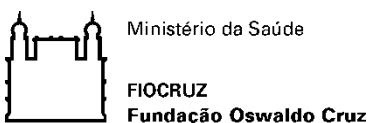
STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011/fev. 2012.

TARTUCE, G. L. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 353-382, maio/ago, 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br/revista/rev/rev87.htm>>.

VIEIRA, M. Recursos Humanos em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478p.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1591-1600, 2013.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.



Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Análise da mobilidade ocupacional dos egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará**”, de responsabilidade da pesquisadora Patricia Elizabeth da Silva, com a orientação da Professora Dra. Marcela Pronko, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Com a mesma pretendemos investigar a mobilidade ocupacional dos egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará, dos anos de 2002 a 2012; descrever o perfil destes egressos; e avaliar nestes, mudanças relacionadas à ascensão profissional, melhoria salarial e valorização profissional.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, solicitando que responda a um questionário com perguntas relacionadas ao tema da pesquisa. Informamos que a pesquisa não oferece riscos significativos aos participantes, e oportunizará maior conhecimento acerca da mobilidade ocupacional dos trabalhadores de nível médio da enfermagem do serviço público do Estado do Ceará, podendo também fomentar discussões acerca do propósito desta formação técnica.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado em duas vias, sendo uma para o pesquisador responsável e outra para o voluntário participante. Será garantida a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do participante da pesquisa de acordo com as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Se necessário você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Patricia Elizabeth da Silva, no endereço: Av. Antônio Justa, 3161, Meireles; pelo número: (85) 994949-94 ou através do e-mail: patricia.silva@esp.ce.gov.br. Ou ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EPSJV/FIOCRUZ localizado no endereço: Av. Brasil, 4365, Manguinhos; pelo número (21) 3865-9710, ou através do e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br.

Abaixo qualificado, fui devidamente esclarecido (a) sobre a pesquisa. Declaro que após ter entendido o que me foi explicado pela pesquisadora, estou ciente que minha participação será voluntária, e que em qualquer momento posso pedir novos esclarecimentos ou retirar meu consentimento sem que isso me acarrete quaisquer penalidades. Estou também ciente que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração e/ou indenização. Diante do exposto, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Nome: _____

1.2. Município onde mora: _____

2. ESCOLARIDADE

2.1. Qual seu grau de escolaridade?

- () Técnico () Graduação
() Pós-técnico () Pós-graduação

2.2. Como você fez seus estudos de ensino fundamental (1º grau)?

- () Integralmente em escola pública () Integralmente em escola particular
() Maior parte em escola pública () Maior parte em escola particular
() Escolas comunitárias (CNEC) () Outro _____

2.3. Como você fez seus estudos de ensino médio (2º grau)?

- () Integralmente em escola pública () Integralmente em escola particular
() Maior parte em escola pública () Maior parte em escola particular
() Escolas comunitárias (CNEC) () Outro _____

2.4. Concluiu o ensino fundamental (1º grau) e o médio (2º grau) em:

- 1º grau: () Curso regular () Curso supletivo
2º grau: () Curso regular () Curso supletivo

2.5. Você trabalhou durante seus estudos de 1º e 2º graus?

- () Sim () Não

3. PERFIL FAMILIAR

3.1. Qual o nível de instrução dos seus pais?

Pai:

- () Sem escolaridade () Ensino médio (2º grau) completo
() Ensino fundamental (1º grau) incompleto () Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental (1º grau) completo () Ensino superior completo ou mais
() Ensino médio (2º grau) incompleto () Não sabe informar

Mãe:

- () Sem escolaridade () Ensino médio (2º grau) completo
() Ensino fundamental (1º grau) incompleto () Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental (1º grau) completo () Ensino superior completo ou mais
() Ensino médio (2º grau) incompleto () Não sabe informar

3.2. Qual a profissão dos seus pais?

Pai _____ Mãe _____

3.3. Tem irmãos? () Sim **Quantos?** _____ () Não

3.4. Tem filhos? () Sim **Quantos?** _____ () Não

4. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

4.1. Atualmente você está:

- () Trabalhando () Apenas estudando(vá para o item 5)
 () Trabalhando e estudando () Desempregado (vá para o item 5)
 () Aposentado(a) (vá para o item 5)

4.2. Você está trabalhando na área da enfermagem?

- () Sim (não responda os itens 4.6 e 4.7) () Não (vá para o item 4.6)

4.3. Qual a sua área de atuação na enfermagem?

- () Atenção primária () Atenção secundária () Atenção terciária

4.4. Qual o seu vínculo empregatício?

- () Empregado com carteira assinada () Em contrato temporário
 () Empregado sem carteira assinada () Autônomo/Prestador de serviço
 () Funcionário público concursado () Outro _____

4.5. Qual função você exerce atualmente?

- () Auxiliar de enfermagem () Enfermeiro
 () Técnico de enfermagem () Outro _____

4.6. Em qual área você trabalha atualmente? _____

4.7. Porque você saiu da área da enfermagem?

4.8. Qual a instituição e setor que você trabalha atualmente?

Instituição: _____ Setor: _____

4.9. Há quanto tempo você trabalha nessa Instituição? _____

4.10. Qual sua carga horária semanal de trabalho? _____ (nº de horas)

4.11. Você possui mais de 1 vínculo empregatício?

- () Sim () Não (não responda o item 4.12)

4.12. Em que tipo de Instituição você possui vínculos empregatícios?

- () Serviço público () Público e privado
 () Serviço privado

4.13. Qual sua renda mensal atual?

- () Até 1 salário mínimo (R\$ 788,00) () De 4 a 5 salários mínimos (R\$ 3.155,00 a R\$ 3.943,00)
 () De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 789,00 a R\$ 1.577,00) () De 5 a 6 salários mínimos (R\$ 3.944,00 a R\$ 4.732,00)
 () De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.578,00 a R\$ 2.365,00) () De 6 a 7 salários mínimos (R\$ 4.733,00 a R\$ 5.521,00)
 () De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.366,00 a R\$ 3.154,00) () Mais de 7 salários mínimos (R\$ 5.522,00)

5. MOBILIDADE OCUPACIONAL

5.1. Após a conclusão do curso técnico em enfermagem, você passou a trabalhar oficialmente nessa função?

- () Sim (não responda o item 5.6) () Não (vá para o item 5.6)

5.2. Quanto tempo levou para que você passasse a exercer oficialmente a função de técnico em enfermagem? _____ (nº de meses)

5.3. Você passou a trabalhar como técnico em enfermagem na mesma instituição que trabalhava quando fez o curso?

- () Sim () Não

5.4. Você passou a trabalhar como técnico em enfermagem em que tipo de instituição?

- () Pública () Privada

5.5 Houve melhoria salarial após a conclusão do curso técnico em enfermagem?

- () Sim () Não

5.6. Por que após a conclusão do curso técnico você não passou a trabalhar nessa função?

5.7. Você está satisfeito com a sua atividade profissional desenvolvida atualmente? Por quê?

5.8. Qual o principal motivo que fez você ingressar no curso técnico em enfermagem?

5.9. Você considera que a sua formação técnica em enfermagem foi valorizada pela Instituição que você trabalha? Por quê?
