

## **O Sistema Único de Saúde e a Educação Profissional na Área de Enfermagem**

*Júlio César França Lima*<sup>52</sup>

### **Introdução**

Esse texto foi especialmente preparado para o Seminário Interinstitucional Projetos Integrados de Pesquisa Trabalho e Políticas Públicas de Educação. Trata-se de uma síntese do projeto de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação humana (PPFH) da Uerj, em 2006, que tem como objeto de estudo a formação profissional dos trabalhadores técnicos da área de enfermagem.<sup>53</sup> Esses trabalhadores compreendem uma hierarquia composta por três categorias profissionais: atendentes de enfermagem, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Na sua maioria mulheres, é o maior contingente dentre o conjunto de trabalhadores técnicos que atuam no

---

<sup>52</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH) da Uerj. Pesquisador e Professor do Curso de Especialização em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

<sup>53</sup> Por trabalhadores técnicos em saúde estamos chamando todos aqueles que exercem atividades técnico-científicas no interior do setor, não restringindo essa noção à escolaridade destes como frequentemente se faz, isto é, só considerando técnico aquele que detém o nível médio de ensino.

Sistema Único de Saúde (SUS). Para termos uma idéia, a análise dos postos de trabalho de técnicos e auxiliares existentes nos serviços públicos e privados de saúde, no país, demonstra a predominância dessa área, concentrando 74,6% dos postos de trabalho em 1999 e 75,3% em 2002. Da mesma forma, quando analisamos os dados do Censo Escolar da Educação Profissional em Saúde, em 2002, verificamos que o curso técnico de saúde mais ofertado em todas as regiões brasileiras é o de enfermagem (Vieira et al, 2003; Lima et al., 2004).

A questão central que motivou esta pesquisa é o aumento da escolaridade que começa a se verificar no interior dessa hierarquia de mulheres, a partir do final dos anos 90. No período 1999-2002, de acordo com a Pesquisa Assistência Médico Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), o número de postos de trabalho de técnicos de enfermagem cresceu a uma taxa superior aos postos de auxiliares, indicando que os serviços de saúde estão contratando trabalhadores com maior nível de escolaridade. Agrega-se a isso, a iniciativa do Senador Tião Viana (PT/AC), que propõe, através do PL 5/2002, que após dez anos de publicação da Lei, seja proibido o registro de auxiliares e técnicos de enfermagem nos conselhos regionais da categoria. Após esse prazo, tal qual foi determinado pelo art. 87 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.304/96), em relação aos professores das séries iniciais do ensino fundamental, to-

dos devem ter o nível superior de ensino. Assim, as nossas questões buscam elucidar o que explica a elevação da escolaridade na área? Os serviços de saúde estão exigindo o nível médio de ensino como patamar mínimo para ingresso e permanência no trabalho? Qual a influência que, porventura, pode estar ocorrendo sobre o aumento da escolaridade decorrente da expansão dos seguros privados de saúde? Qual o papel da corporação profissional de enfermagem para essa elevação? Qual o sentido do PL 5/2002, em tramitação no Senado Federal?

Partimos do pressuposto de que essas mudanças acompanham uma tendência mais geral de aprofundamento das políticas neoliberais na sociedade brasileira, manifesta nas iniciativas de reforma do Estado que se realizam a partir dos anos 90 com o governo Collor, se aprofundam no governo Fernando Henrique Cardoso e continuam operando no governo Lula da Silva. Dessa forma, para entender as mudanças operadas ou que estão se operando no interior dessa hierarquia de mulheres, é preciso entender as mudanças mais gerais que ocorrem no Estado brasileiro, a partir daquela década.

Por outro lado, parece-nos que se esse aumento de escolaridade expressa a elevação do patamar de exigência para o exercício do trabalho simples na área de enfermagem e acompanha a tendência mais geral de aumento de escolaridade da população

em geral, responde também aos interesses do movimento de privatização no interior do setor saúde e da concorrência intercapitalista dos seguros privados, mais do que efetivamente a possíveis mudanças no processo de trabalho de enfermagem. Além disso, responde também aos interesses da corporação profissional, que organizada no Conselho Federal de Enfermagem busca com isso aumentar o *status* profissional.

## **1. Abordando a problemática e o referencial de análise**

No contexto da redemocratização do país, a década de 1980 assiste à emergência de um conjunto de forças sociais que, reunidas em torno do que se convencionou chamar de movimento da Reforma Sanitária brasileira, inscrevem na Constituição Federal de 1988 que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, devendo ser operacionalizada através de um Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que uma reforma setorial, na sua origem essa proposta estava imbricada com a perspectiva de uma reforma social, com a construção daquilo que Carlos Nelson Coutinho (2006) define como projeto “democrático-popular”. Isto é, por uma forma de organizar a sociedade a partir da agregação de interesses ético-políticos e não apenas econômico-corporativos, que permitisse construir efetivas maiorias políticas, capazes de conduzir o país no sentido do aprofundamento de relações substantivamente democráticas.

Para o pensamento marxista na saúde, que informa o movimento da Reforma Sanitária, a saúde é o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, é produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se considerar também o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade.

Do ponto de vista da prática educativa ou da educação profissional, essa nova concepção de saúde vai exigir uma nova concepção de educação, segundo a qual os trabalhadores deveriam ser educados não apenas para compreender o seu papel como membros de uma equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Quer dizer, o par “formação-participação” é consequência direta do lema central do movimento da Reforma Sanitária, sintetizada na idéia *Democracia é Saúde*. A educação profissional é entendida aí como uma condição *sine qua non* para a própria parti-

cipação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema.

Essas questões estão na origem das propostas de formação profissional que a partir de então são formuladas para o conjunto dos trabalhadores técnicos em saúde, seja para aqueles já empregados, seja para futuros trabalhadores do SUS. Pode-se dizer que é a partir desse momento que o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, começa a formular políticas de formação profissional em saúde, assim como a constituir uma rede de escolas técnicas do SUS para a operacionalização das propostas. Até então, as escolas técnicas de saúde, na sua maioria, tinham entre suas finalidades assistenciais a manutenção dos hospitais. Funcionando no seu interior, como uma extensão da própria estrutura hospitalar, a formação aí é entendida como treinamento/adestramento principalmente das atendentes de enfermagem com o suficiente para o trabalho assistencial. Com a Reforma Sanitária, entretanto, já não bastava a experiência e o treinamento em serviço, nem a formação podia ser restrita às necessidades do mercado de saúde, cuja preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas dar conta da grande demanda de cuidados, em consequência do maior fluxo de pacientes, com o objetivo de

diminuir o tempo de internação e aumentar a rotatividade, e assim elevar a produtividade e o lucro. Ao contrário, era necessário construir um espaço próprio para pensar a formação técnico-científica e política desses trabalhadores, face à complexidade de um sistema que se organiza em torno dos princípios de universalidade, descentralização e participação/controle social e face às exigências de um novo perfil profissional que conferisse a possibilidade de atuar no trabalho hospitalar e no trabalho de saúde pública.

Essa perspectiva se tornava ainda mais urgente diante do fenômeno denominado, no início dos anos 80, de “proletarização da enfermagem”. Isto é, a presença de um grande contingente de trabalhadores(as) no interior dos serviços de saúde exercendo atividades de enfermagem sem formação profissional na área, apenas com treinamentos pontuais para as tarefas requeridas no processo de trabalho. Em 1983, segundo levantamento realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), dos 304.287 mil trabalhadores(as) de enfermagem, 8,5% eram representados pelas enfermeiras, 6,6% pelos técnicos de enfermagem, 21,5% pelos auxiliares de enfermagem e 63,8% pelos atendentes de enfermagem.

Diante disso, o conhecido Projeto Larga Escala é concebido fundamentalmente para enfrentar essa situação, com a

proposta de requalificação das atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem. Alguns estudos confirmam a tendência de desaparecimento das atendentes como categoria profissional da enfermagem, ao mesmo tempo em que se verifica um aumento progressivo dos postos de trabalho de auxiliares de enfermagem, que exige apenas o ensino fundamental completo. As informações das AMS/IBGE demonstram que, em 1976, os(as) atendentes detinham 35,8% do total dos empregos em saúde; em 1984, 29,9%; em 1992, 13,8% e, em 1999, 5,3% (Vieira, 1998; Vieira e Oliveira, 2001). Com a operacionalização do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profdae/MS), a partir do ano 2000, essa tendência se consolida. Portanto, o aumento da incorporação de trabalhadores(as) de enfermagem com ensino básico completo é um fenômeno novo, apesar do reconhecimento educacional do técnico de enfermagem ter ocorrido em 1966, no bojo do intenso processo de “capitalização da medicina”<sup>54</sup> comandado pelo extinto Instituto Nacional da Previdência Social

---

<sup>54</sup> Refiro-me aqui à ampliação do processo de integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as empresas industriais de saúde, que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor. O Estado, por meio dos recursos previdenciários, assegura ampla predominância da empresa privada na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor, à maior tecnificação do ato médico e ao assalariamento em larga escala de seus profissionais. A articulação da medicina com o mundo da produção material se aprofunda. As mercadorias produzidas pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos efetivam aí o seu consumo, ou seja, realizam no interior do setor saúde a sua mais valia. É precisamente o momento que o setor saúde se torna produtivo para o capital e vive a sua revolução industrial. (Donnangelo, 1976; Braga e Paula, 1981 e outros).

(INPS), e seu reconhecimento profissional ser datado de 1986, a partir da aprovação da Lei do Exercício Profissional da área (Lei 7.498/86).

A partir desse contexto busquei travar um diálogo com a produção do Seminário Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo, particularmente no que diz respeito à difusão e consolidação do projeto neoliberal no nosso país, procurando entender as inflexões que o SUS vai sofrer nos anos 90 e os possíveis determinantes da tendência de incorporar trabalhadores de enfermagem com a educação básica completa. Isto porque um número crescente de estudos da área de saúde apontam que, principalmente a partir da segunda metade da década de 1990, o SUS começa a enfrentar e debater duas questões que vão na contramão do seu projeto original: a privatização e a focalização.

O diálogo e a análise realizada a partir desses estudos apontam que a privatização na área vem ocorrendo de duas maneiras que não são excludentes mas complementares, através da “universalização do privado” e da “universalização excludente”. A primeira forma diz respeito ao processo de terceirização da assistência médica com a contratação do setor privado filantrópico e de serviços de diagnóstico e terapia, para executar a atenção à saúde nos municípios brasileiros. Dados relativos ao ano de 2002, apontam para o predomínio do setor privado na assistência hos-

pitalar. De 7.397 hospitais existentes no Brasil, 65% estão sob o controle do setor privado. O setor público predomina no âmbito da assistência ambulatorial ou na oferta da rede básica de serviços, que não é um setor lucrativo para a iniciativa privada, através do Programa Saúde da Família (PSF) (Ugá e Marques, 2005). Nessa lógica mercantil, as instituições públicas cumprem o papel de atender às famílias pobres com alto risco de adoecimento, e as empresas médicas ou agências seguradoras se tornam responsáveis pela assistência médica ou clínica de maior lucratividade.

Esse formato, parece configurar aquilo que Asa Cristina Laurell (1994) denomina de “privatização seletiva” proposta pelo Banco Mundial para o setor saúde, em 1993. Esta seria uma característica distintiva do processo de privatização em saúde nos países latino-americanos, pelo qual o setor público se torna responsável pela oferta de um pacote de serviços essenciais, reservando ao setor privado os setores mais rentáveis da assistência clínica, considerando a relação custo/benefício. Esse movimento parece configurar também, a exemplo do movimento da medicina comunitária, analisada por Donnangelo (1976), uma nova forma de racionalização do trabalho no setor saúde diante da elevação dos custos do cuidado médico, decorrente da incorporação do custo dos produtos industriais ao valor do cuidado, e que acaba instalando uma contradição na medida em que essa elevação

acaba se tornando uma barreira à efetivação da extensão dos cuidados em saúde, tão preconizada pelo SUS. Esses dois aspectos – a necessária extensão dos serviços a parcelas cada vez maiores da população e a elevação dos custos – se conjugam para dar origem ao PSF.

Para Donnangelo, a diferenciação do trabalho em saúde conforme se destine aos diferentes grupos sociais não é um fenômeno histórico que se instaura com o capitalismo. O que é novo nesse modo de produção da vida, é que essa diferenciação adquire especificidade como decorrência da forma pela qual nele se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, concomitante à progressiva medicalização<sup>55</sup> da sociedade capitalista, verifica-se, de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme o seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições de saúde voltadas para diferentes tipos de ações e clientela.

---

<sup>55</sup> Por medicalização, Donnangelo entende a extensão do trabalho em saúde a setores cada vez mais amplos da sociedade. Isso ocorre em dois sentidos: o primeiro pela ampliação quantitativa dos serviços de saúde e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico; o segundo, pela extensão do campo de normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Mas, para essa autora, esse processo de medicalização, não é um fenômeno simples e linear de aumento de consumo, muito ao contrário, representa uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressam os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

Esse último aspecto define a segunda modalidade de privatização no setor saúde identificada anteriormente, a “universalização excludente”, que é consequência direta do subfinanciamento do SUS. As restrições financeiras que, ao longo da década de 1990, foram reduzindo drasticamente o gasto público *per capita* em saúde no Brasil tiveram como consequência o sucateamento, a precarização crescente da rede assistencial pública existente e a baixa remuneração dos trabalhadores de saúde, o que resultou na expulsão – por isso excludente – de usuários potenciais do SUS.

Essa política de arrocho financeiro exerceu uma dupla função. A primeira é ideológica. A crise do setor saúde não é explicada ou não é consequência do encolhimento do tamanho do Estado, da redução dos gastos sociais, da redução do gasto *per capita* em saúde, ou, como trata Leda Paulani, da expoliação dos recursos públicos. Muito ao contrário, a crise é explicada como decorrência da ineficiência do Estado, que gasta mal os poucos recursos que tem para aplicar na área social e em consequência da corrupção no interior do setor público. Então, nesses termos, o melhor a fazer é privatizar, entregando à iniciativa privada a administração da coisa pública, ao mesmo tempo em que transforma a racionalidade administrativa em elemento fundamental para sair da crise. Isso vai justificar a mudança da natureza jurídica dos

serviços públicos, e contribuir para o desenvolvimento e expansão do mercado privado de planos e seguros de saúde.

Essa propaganda ideológica, que contou com a colaboração dos meios de comunicação de massa, diminuiu fortemente a adesão da população ao SUS e assegurou um patamar de demanda para os seguros privados de saúde, que explodiram durante os anos 90, muito porque o ideológico tem materialidade, não é apenas discurso. De fato a população chega aos hospitais e não encontra bons serviços, só precariedade e dificuldade de acesso: ausência de profissionais, filas intermináveis, falta de materiais e equipamentos, mau atendimento, agenda lotada etc. Uma situação que acaba produzindo uma sensação de que o “serviço público é ruim mesmo”. É um processo sutil e importante, que paulatinamente vai mudando o sentido da saúde. De bem público converte-se em bem privado. A saúde deixa de ter um caráter de direito universal de cujo cumprimento o Estado é responsável, para converter-se em um bem de mercado, que os indivíduos devem adquirir (Iriart et al, 2000).

Agrega-se a isso o fato de que desde a década de 1980 os estudos indicam que a demanda por serviço supletivo de saúde já é um componente implícito das negociações entre capital e trabalho. Essa demanda por assistência médica diferenciada, por formas de seguro e serviços próprios nas empresas, torna-se um item

cada vez mais forte na agenda de negociação coletiva dos trabalhadores mais organizados, o que vai fragilizar ainda mais o modelo assistencial público e universal e fortalecer as diferenciações e as segmentações no acesso aos serviços de saúde, conforme o tipo de inserção no mercado de trabalho.

A segunda função é econômica, pela necessidade de o capital controlar e colocar os grandes excedentes de capital nas áreas de produção e serviços que antes estavam nas mãos dos Estados, configurando o desenvolvimento do que Armando Boito Jr. (1999) vai denominar de uma “burguesia dos serviços”. Segundo alguns estudos, a agenda do Banco Mundial para saúde vai se inscrever exatamente nessa ofensiva de recuperação de serviços sociais para as empresas privadas, propondo a remercantilização de tais serviços. Isso constitui um dos móveis de crítica que atualmente se faz ao Estado do Bem-Estar Social em todo o mundo, motivado pelo interesse em controlar o fundo público destinado ao setor saúde. Há dados que demonstram a importância da participação dos gastos em saúde no PIB nacional dos países capitalistas centrais. Desse ponto de vista, o próprio princípio de universalidade que se inscreveu na Constituição brasileira de 1988 é utilizado como justificativa para se ampliar a cobertura dos planos e seguros privados de saúde, já que o investimento público no país é precário.

Portanto, se a nossa hipótese estiver correta um dos móveis para a elevação da escolaridade dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem é a concorrência intercapitalista dos seguros privados/empresas médicas, principalmente entre aquelas que oferecem serviços considerados de ponta e que, ao incentivar outras estratégias empresariais que não implicam aumento de custos ou risco para a sua margem de lucro (como a terceirização e outros), permitem contratar pessoal de enfermagem com qualificação escolar mais elevada. A utilização desses mecanismos, como indica Pires (1998), credencia o hospital a auferir maiores rendimentos, ao promover e incentivar o uso de novas tecnologias e mão-de-obra com reconhecida qualificação em serviço, projetando uma boa imagem da assistência oferecida.

## **2. Questões em aberto**

Estão em aberto o desenvolvimento das outras hipóteses de trabalho, tais como as possíveis mudanças do processo de trabalho em enfermagem e o papel da corporação profissional, para explicar a elevação da escolaridade desses(as) trabalhadores(as). Assim como a análise das mudanças que se operaram na concepção de formação profissional no interior do SUS, sob o impacto da sociabilidade neoliberal na saúde e sua contraparte conceitual no campo educacional: a noção de competência.

## Referências bibliográficas

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

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 95-105, jan-mar, 2000.

LAURELL, A. C. La salud: de derecho social a mercancía. In: LAURELL, A. C. (Coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UNAM-Xochimilco, 1994.

LIMA, J. C. F. et al. Educação profissional em saúde: uma análise a partir do Censo Escolar 2002. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. V. 2. Brasília: Ministério da Saúde, p. 203-222, 2004.

LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. S.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.194-233, 2005.

VIEIRA, A. L. S. (Org.). 1998. *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

VIEIRA, M. et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. *Revista Formação*, v. 3, n. 8, p.29-46, maio/ago. 2003.