

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
TURMA RET – SUS

Maria Osória de Oliveira Silva

A ENFERMAGEM NA LÓGICA DA HIERARQUIZAÇÃO, DA DIVISÃO SOCIAL  
E TÉCNICA DO TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA:  
evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do  
trabalhador de Nível Médio

Rio de Janeiro

2018

Maria Osória de Oliveira Silva

A ENFERMAGEM NA LÓGICA DA HIERARQUIZAÇÃO, DA DIVISÃO SOCIAL  
E TÉCNICA DO TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA:  
evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do  
trabalhador de Nível Médio

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

Orientador: Professor Dr. André Vianna  
Dantas

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586e

Silva, Maria Osória de Oliveira

A enfermagem na lógica da hierarquização, da divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista: evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do trabalhador de nível médio / Maria Osória de Oliveira Silva. - Rio de Janeiro, 2018.  
106 f.

Orientador: André Vianna Dantas

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Educação em Enfermagem. 2. Formação Profissionalizante. 3. Educação em Enfermagem.  
I. Dantas, André Vianna. II. Título.

CDD 610.73

Maria Osória de Oliveira Silva

A ENFERMAGEM NA LÓGICA DA HIERARQUIZAÇÃO, DA DIVISÃO SOCIAL  
E TÉCNICA DO TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA:  
evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do  
trabalhador de Nível Médio

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

Aprovada em 28/11/2018

BANCA EXAMINADORA

---

André Vianna Dantas (FIOCRUZ / EPSJV / LABFORM)

---

Julio César França Lima (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

---

Cristiane Lopes Simão Lemos (UFG)

*Dedico este trabalho in memória aos meus pais; João Batista e Antônia Lázara, a quem devo a vida! À minha mãe que me ensinou o valor da paciência, do perdão, da perseverança e da gratidão.*

*Dedico ao meu marido, Mauro meu companheiro, incentivador, que está presente em todas as minhas decisões e esteve durante este período de estudo ao meu lado, assumindo comigo a responsabilidade de fazer acontecer este momento tão importante!*

*Dedico também aos meus filhos Cristiane e Bruno, vocês são o presente maior que Deus me deu! Lembrem-se nunca é tarde para lutar por um sonho, por mais simples que ele seja!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Santíssima Trindade, Pai, Filho e o Espírito Santo, por me concederem saúde física e mental, disposição e equilíbrio emocional para desenvolver esse trabalho tão importante para minha vida pessoal e profissional.

Agradeço imensamente meu estimado Professor e orientador, Dr. André Vianna Dantas, pela paciência, compreensão, encorajamento e incentivo a trabalhar com um tema complexo, mas digno de ser explorado. Obrigada por não desistir do propósito de seguir em frente, mesmo quando eu achava que não conseguiria. Muito obrigada!

Agradeço aos Professores Júlio César França Lima e Paulo Vaccari pelas orientações no projeto de qualificação, as quais foram de real importância para o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço a Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio” pela acolhida, todos os professores do curso, à coordenação do mesmo à Professora Filippina Chinelli, assim como a secretaria do curso, em especial à Patrícia Moço que com dedicação providenciou para que tudo transcorresse da melhor forma possível.

Agradeço todos os colegas de curso pela convivência, aprendi muito com cada um, foram muitas experiências provenientes de várias regiões do nosso país, reunidas em um só espaço, foi de fato um grande aprendizado.

Expresso também meus agradecimento à Superintendente da Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago” na pessoa da Dr<sup>a</sup> Irani Ribeiro e Dr<sup>a</sup> Rafaela Veronezi pela liberação para as aulas realizadas fora do Estado. Agradeço igualmente a Gerência da Escola, respectivamente às Enfermeiras Loreta Marinho e Fabiana Aparecida pela liberação do trabalho e pelo apoio. Agradeço imensamente a Coordenadora do Centro de Educação Profissional – CEP-Saúde, Sr.<sup>a</sup> Tânia Valéria Lucas, que, é em particular minha amiga e colega de curso.

Agradeço meu marido Mauro Nicolau da Silva por estar comigo em todos os momentos e acima de tudo colaborando para que tudo desse certo.

Agradeço aos meus filhos Cristiane e Bruno pelo carinho, por compreender minha ausência e por ajudar em casa me poupando o tempo tão escasso dividido entre as idas e vindas de um trabalho e outro.

Agradeço aos meus irmãos Dina e Miro por torcerem por mim e compreender a importância desse trabalho, pois sabem que é a realização de um sonho.

Agradeço a todos os meus amigos e colegas da Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago” pelo carinho, incentivo apoio, principalmente aos colegas de sala os quais não posso deixar de citar aqui os nomes, João Batista, Cárita, Valdivina, Maria Lúcia, Myrane e Daysa, sem ajuda de vocês seria impossível essa caminhada.

Agradeço também aos coordenadores de enfermagem, Enfermeiros Alexandre Augusto e Teresa Moraes pelo apoio desde o primeiro momento até o final do curso, aos colegas de trabalho da Unidade de Pediatria do Hospital de Base do Distrito Federal, que estiveram sempre colaborando com as escalas de serviços para que eu pudesse cumprir o cronograma de aulas. A todos muito obrigada!

Por fim agradeço todos, que, direta e indiretamente fizeram parte deste período me ajudando em todos os sentidos. Aqui não cabem todos os nomes, mas cabem no meu coração cheio de gratidão!

## RESUMO

O cuidado em saúde é um trabalho antigo praticado em todas as civilizações por pessoas do convívio social com diferentes saberes. Da evolução desse trabalho surgiu a enfermagem que no século XIX foi instituída como profissão. O caminho percorrido por esta profissão está permeado de contradições sociais e econômicas que se expressa na divisão social e técnica do trabalho. Por meio de pesquisa qualitativa, descritiva realizada em Artigos, Dissertações, Teses, Leis e obras literárias busca compreender a prática do cuidado em saúde nas antigas civilizações, e, posteriormente compreender o processo de trabalho da enfermagem a partir do início do século XX no Brasil até a atualidade, com ênfase nos períodos de 1970/90 no qual vamos buscar compreender o trabalho como processo educativo nos programas de formação dos trabalhadores, sendo eles o Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO) e o Projeto Larga Escala. Outro objetivo é compreender o trabalho da enfermagem no sistema capitalista aonde vamos nos deparar com a precarização do trabalho evidente em todos os segmentos do labor a partir da reestruturação produtiva iniciada na metade do século XX. Neste sentido a desregulamentação do trabalho na enfermagem têm suas raízes no trabalho hierarquizado e parcelado e como consequência a sobrecarga de trabalho para os profissionais de nível médio. A precarização das relações de trabalho na área da enfermagem em tempos atuais toma maior proporção com as terceirizações dos serviços de saúde, sendo este modelo de gerenciamento o que mais expropria do trabalhador seus direitos conquistados ao longo dos tempos. O ensino flexível e dual, em conformidade com as necessidades do mercado de trabalho também favorece a desregulamentação do trabalho nesta área. Concluímos que a enfermagem como categoria de trabalhadores é heterogênea e para enfrentar a desregulamentação do trabalho os profissionais devem se organizar junto às instituições que tem poder de negociação e reivindicação assim também aos órgãos que regula e fiscaliza a profissão.

Palavras-chave: História da Enfermagem. Precarização do trabalho. Formação Profissional em Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Health care is an ancient work practiced in all civilizations by people of social life with different knowledges. From the evolution of this work emerged the nursing that in the nineteenth century was instituted as a profession. The path taken by this profession is permeated by social and economic contradictions that is expressed in the social and technical division of labor. Through a qualitative, descriptive research carried out in Articles, Dissertations, Theses, Laws and literary works seeks to understand the practice of health care in the ancient civilizations, and later to understand the nursing work process from the beginning of the twentieth century in Brazil up to the present time, with emphasis on the periods of 1970/90 in which we will seek to understand work as an educational process in the training programs of workers, such as the Intensive Program for the Preparation of Manpower (PIPMO) and the Large Scale Project. Another objective is to understand the work of nursing in the capitalist system where we are faced with the precariousness of work evident in all segments of the labor from the productive restructuring begun in the mid twentieth century. In this sense, the deregulation of work in nursing has its roots in the hierarchical and piecemeal work and as a consequence the work overload for mid-level professionals. The precariousness of labor relations in the area of nursing in current times takes on greater proportion with the outsourcing of health services, being this management model that more expropriates the worker his rights conquered over time. Flexible and dual education, in line with the needs of the labor market, also favors the deregulation of work in this area. We conclude that nursing as a category of workers is heterogenous and to face the deregulation of work, professionals must organize themselves with the institutions that have negotiating power and thus also the bodies that.

**Keyword:** History of Nursing. Precarization of work. Professional Training in Nursing.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>CAPITULO 1 - BREVE RESGATE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM .....</b>	<b>21</b>
1.1 BREVE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM NO BRASIL DE 1500 A 1900.....	27
1.2 REGULAMENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL: HIERARQUIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO.....	29
1.3 O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM .....	33
1.4 O TRABALHO PARCELADO NA ENFERMAGEM.....	40
<b>CAPÍTULO 2 - PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: ENFERMAGEM EM FOCO.....</b>	<b>43</b>
2.1 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E PRECARIIDADE SOCIAL.....	44
2.2 A ENFERMAGEM SUBORDINADA À MEDICINA ANTES DA CRIAÇÃO DOS CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE ENFERMAGEM.....	46
2.3. A DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NA ÁREA DA ENFERMAGEM: PRECARIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA.....	50
2.4 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EVIDENCIADO NA TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	57
2.5 A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....	59
2.6 A TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: O CASO DE GOIÁS.....	62
<b>CAPÍTULO 3 - FORMAÇÃO TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE PARA O SISTEMA CAPITALISTA? 65</b>	<b>65</b>
3.1 AS CARACTERÍSTICAS DOS PRIMEIROS CURSOS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL .....	66
3.2 OS CURSOS DE ENFERMAGEM APÓS A DÉCADA DE 30 E O SISTEMA CAPITALISTA .....	68
3.3. A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUAS DIFICULDADES .....	71

3.4 O TECNICISMO ALIGEIRADO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA DÉCADA DE 1980.....	74
3.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO MEDIANTE A RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 04/99.....	79
3.6 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DO SETOR PRIVADO X EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DAS ESCOLAS TÉCNICAS SUS. ....	81
3.7 PEDAGOGIA TECNICISTA E PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM. EMANCIPAÇÃO OU TREINAMENTO? .....	87
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>95</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo está relacionado com a minha trajetória profissional e conseqüentemente com a formação na área de enfermagem. A vivência nesta área se inicia a partir 1977 quando comecei a trabalhar como Atendente de Enfermagem. Dessa data em diante não saí do contexto do trabalho na enfermagem. No que se refere a formação iniciei com o curso de Atendente de Enfermagem, sequencialmente de forma intermitente cursei os cursos Técnico de Enfermagem a Graduação, a Especialização e o Mestrado.

O que chama atenção durante toda essa trajetória de trabalho na enfermagem e me instigou ao estudo são três fatores: a divisão técnica e social do trabalho evidente na hierarquização da profissão, a precarização do trabalho e a formação fragmentada. Neste contexto pude observar que os profissionais de nível médio são mais susceptíveis ao trabalho precário, a formação reduzida às técnicas e a conseqüente subordinação ao enfermeiro e até mesmo ao médico e outros membros da equipe de saúde.

Com as devidas formações pude vivenciar o trabalho na enfermagem em todos os níveis da hierarquia profissional. Esse é um dos motivos pelo qual ousei elencar essas questões, sobretudo porque durante todo esse tempo a oportunidade de me aprofundar em outros estudos que não eram relacionadas com o trabalho foi escasso, o que de certa forma tem a ver com a minha formação profissional.

O estudo pretende identificar nas referências selecionadas pontos relevantes para compreensão das questões levantadas, as quais serão objeto de pesquisa, questões essas que até pouco tempo não eram claras para mim, pelo menos não da forma como as compreendo agora. Esses pontos abrangem aspectos relacionados com: a evolução do processo de trabalho na enfermagem em diferentes momentos históricos, com o trabalho precarizado, vivenciado por todas as categorias da profissão, assim como a formação dos profissionais de enfermagem. Compreender essas questões baseada em estudos que exploram esses temas será o grande desafio. É a partir desse conhecimento teórico que buscarei compreender o cotidiano social e laboral dos profissionais de enfermagem.

A pesquisa qualitativa foi norteadora desse processo de investigação e proporcionou não só a compreensão dos fatores que condicionam e determinam a profissão, como também oportunizou a aproximação dos elementos que causam questionamento. Segundo Zanata, Costa (2012), a pesquisa qualitativa é um método de

investigação científica desenvolvido em meados do século passado e se mistura com as ciências humanas sendo mais utilizadas no campo da Antropologia e da Psicologia. Ainda segundo os pesquisadores, uma das características do método qualitativo é o seu caráter descritivo e a capacidade de envolvimento do pesquisador com o objeto de pesquisa.

Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa se complementam em determinado ponto no processo de construção da teoria, a depender do tema a ser pesquisado. Se na pesquisa quantitativa há a necessidade de uma representação numérica expressa em dados matemáticos,<sup>3aes4</sup>

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001 p. 21-22).

A pesquisadora ainda nos fala que a construção teórica como um todo vincula pensamento e ação, o que condiz com a teoria marxiana sobre a construção do conhecimento, explicitada por Jose Paulo Neto (2011, p. 25) quando se refere ao processo de pesquisar: “o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas, sua essência, sua estrutura, sua dinâmica (mais exatamente apreendê-lo como um processo)”. Neste sentido pretende-se compreender os pontos descritos acima no contexto do materialismo histórico dialético.

A pesquisa foi embasada em documentos extraídos das fontes primárias disponíveis em meios eletrônicos (Decretos, Leis, Resoluções, Pareceres), em Artigos Científicos e Dissertações e Obras Literárias. Foram selecionados 123 artigos no total por assuntos que abordam os temas relacionados com: a história da enfermagem, institucionalização da profissão de enfermagem, educação profissional em enfermagem, modelos de organização do trabalho, a precarização do trabalho, e as terceirizações dos serviços de saúde como um todo, incluindo os de enfermagem. Desses, foi realizada a leitura do resumo de 98 artigos e selecionamos 68 para a leitura completa, dos quais sobraram 56 para a realização da pesquisa. Foram considerados os Artigos, Dissertações e Teses a partir do ano 1986 até a atualidade. Em relação às Obras Literárias não foi levado em consideração o ano de publicação.

O trabalho está dividido em três partes: Na primeira, procura-se a compreensão sobre a institucionalização da profissão de Enfermagem buscando evidências da divisão técnica do trabalho nesta categoria já no início das atividades, por meio de um breve resgate histórico. Percorremos os caminhos trilhados pela ação do cuidado e suas características em determinados períodos históricos, onde os mesmos foram assumidos por diferentes atores de acordo com o desenvolvimento social, econômico e da ciência. Os cuidados dispensados aos doentes fazem parte de um conjunto de atividades que estão no *rol* dos serviços na enfermagem. Esses cuidados ao longo da história foram se aprimorando, ganhando nova configuração e se adequando ao processo de trabalho tanto na área hospitalar onde o paciente é institucionalizado, quanto nos serviços onde se trabalha com pacientes que não estão restritos ao ambiente hospitalar, e, também com a comunidade.

Inicialmente buscamos compreender a enfermagem no contexto das antigas civilizações perpassando os períodos após o evento do cristianismo, na idade média e na idade moderna com a institucionalização da Profissão de Enfermagem na Europa por meio dos investimentos em estudos desenvolvidos por Florence Nightingale que tinha como objetivo separar o saber médico do saber da Enfermagem. O resgate histórico da enfermagem no Brasil foi realizado num recorte temporal de 1500 a 1900 por compreender a necessidade de ter uma visão sobre as práticas de cuidar dos doentes no início do descobrimento da Nova Terra e de compreender a sua evolução no decorrer da história até chegar em 1890, com a criação da primeira escola de enfermagem dando um novo rumo para a arte de cuidar.

Veremos a hierarquização do cuidado instituída nos serviços de enfermagem, que, em decorrência da evolução da ciência, das mudanças sociais e econômicas, dividiu o “trabalho” em categorias. Abordaremos a regulamentação dos profissionais de enfermagem e as dificuldades que envolveram o processo de legalização da profissão no Brasil. O processo de trabalho na enfermagem debatido também neste primeiro momento acompanhou o desenvolvimento da ciência e recebeu influência de alguns modelos de organização do trabalho como, por exemplo, do modelo taylorista/fordista, da Escola Clássica de Administração e do modelo japonês toyotista. Sob os estudos de pesquisadores procuramos compreender como esses modelos de organização do trabalho nos setores fabris influenciaram a organização do processo de trabalho também na enfermagem. Vemos que o taylorismo como modo de organizar o trabalho é

amplamente usado terreno, especialmente no setor terciário, como no caso da enfermagem. Christophe Déjours<sup>1</sup>, que estuda a psicopatologia do trabalho refere que é preciso assinalar as repercussões do sistema Taylor na saúde física e psíquica do trabalhador frente às novas tecnologias de submissão, de disciplina do corpo, a organização científica do trabalho gera exigências fisiológicas relacionadas ao tempo e ritmo do trabalho. As novas performances do trabalho fazem com que o corpo apareça como principal ponto de impacto dos prejuízos ocasionados pelo trabalho. Ao separar o trabalho manual do trabalho intelectual, esse modo de organizar o trabalho neutraliza a atividade mental dos trabalhadores. Sem essa defesa natural o corpo dócil e disciplinado fica exposto às injunções da organização do trabalho. (DÉJOURS,1897)

Na segunda parte procuramos compreender a precarização do trabalho e a precariedade social de uma forma mais ampliada para melhor perceber esses fatores nos serviços de enfermagem. Segundo as definições de Giovanni Alves (2004), a precarização do trabalho e a precariedade social caminham de mãos dadas no mundo trabalho.

Compreenderemos como o trabalho na enfermagem se desenvolveu subordinado ao saber e ao gerenciamento médico. Segundo Pires, (1989) cabia ao médico gerenciar a assistência e delegar funções parcelares do trabalho em saúde a outros trabalhadores sob seu controle no espaço institucional hospitalar. Esse processo ocorre desde que a medicina se impôs como a ciência hegemônica em saúde e os médicos como os únicos detentores de conhecimento nesta área. A enfermagem esteve sob a avaliação da classe médica tendo seus serviços fiscalizados através de órgãos que regulamentava o exercício da medicina desde que esta foi instituída como profissão no Brasil, até a criação dos Conselhos Federal de Enfermagem- COFEN e Conselho Regional de Enfermagem- COREN, em 1973.

O Cofen tem como principais atividades; normatizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais, apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs, aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes,

---

<sup>1</sup>Psiquiatra, professor de Psicologia do Trabalho no Conservatoire National des Arts et Métiers. Membro do Instituto de Psicossomática de Paris e da Association Psychanalytique de France (APF). CNAM/Laboratoire de Psychologie du Travail et de L'Action 42, rue Gay Lussac, 75005, Paris FR.(CARDOSO, 2001). Dejour, nos apresenta em seu estudo amplamente divulgado no Brasil, intitulado "A Loucura do Trabalho" um assunto ainda pouco discutido que é a relação entre o trabalho e a vida psíquica do trabalhador.(DEJOUR, 1987).

promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional. Os CORENs deliberam as inscrições dos profissionais, mediante a expedição da identidade profissional e também os cancelamentos das inscrições, fiscaliza o exercício profissional tendo como objetivo preservar e manter a ética profissional. (BRASIL, 1973) Veremos a precarização evidenciada na enfermagem sob a desregulamentação do trabalho, que consiste na flexibilização das leis trabalhistas, no trabalho sob o fluxo tensionado e na sobrecarga de trabalho atingindo principalmente os trabalhadores de nível médio e as consequências da desregulamentação de trabalho visível na alienação do trabalhador, no absenteísmo, e até em adoecimento físico e psíquico.

Ainda na segunda parte procuramos compreender a precarização do trabalho evidente nas terceirizações, tanto de empresas privadas e também nos serviços públicos de saúde. Buscamos entender como as terceirizações foram instituídas legalmente e como este modelo de gerenciamento tem aumentado, afetando significativamente a vida do trabalhador em todos os aspectos especialmente nos aspectos de ordem psíquica.

O distanciamento do Estado no que se refere às responsabilidades de manter os serviços básicos sob seu controle cada vez mais vai se tornando frequente. Nos serviços de saúde pública tomamos como exemplo as terceirizações das instituições de saúde no Estado de Goiás que vem ocorrendo desde o início dos anos 2000. Evidenciar as terceirizações no Estado de Goiás tem o objetivo de mostrar ao leitor a precarização do trabalho na sua forma mais cruel, radical, que conforme afirma Ricardo Antunes, em entrevista recente, diz que as terceirizações se tornou realidade, não é exceção e sim uma regra. Antunes é ainda mais direto ao dizer que: “na escravidão o trabalhador era vendido. Na terceirização é alugado”. (ANTUNES, 2017). A nosso ver o trabalho terceirizado expropria do trabalhador não só a sua força de trabalho, mas a sua dignidade.

Na terceira parte procuramos por meio da observância do processo formativo dos trabalhadores na enfermagem buscar fatores que favorecem a precarização do trabalho. Observa-se como desde a institucionalização da enfermagem, a formação tem ocorrido em conformidade com as determinações socioeconômicas do Estado e em consonância com o sistema produtivo. Buscaremos compreender a educação profissional mediante as concepções do ensino tecnicista, da pedagogia das competências e como esses métodos de ensino foram aplicados na formação dos trabalhadores.



A Educação Profissional assumiu papel importante no processo formativo dos profissionais de enfermagem na década de 1980 e teve como principal objetivo desenvolver as competências e as habilidades dos profissionais já inseridos nos serviços públicos de saúde assim como aos profissionais que seriam absorvidos pelos postos de trabalho.

Apesar de ser uma conquista para os profissionais que trabalhavam sem habilitação para o exercício profissional, o ensino constituído sob um rápido conhecimento geral, priorizando o aprimoramento das técnicas visando melhorias no processo de trabalho, é caracterizado como um ensino precário que não emancipa o ser humano, mas, ao contrário, aliena-o ao trabalho.

Abordaremos mesmo que de maneira superficial a constituição dos currículos dos cursos de enfermagem para mostrar que a formação das primeiras enfermeiras (1923) era voltada para um aprendizado baseado nas disciplinas biomédicas, direcionada para a assistência institucionalizada, isto é, no ambiente hospitalar, que seria interpretado como ações para complementar o ato médico. O segundo currículo nos mostra a capacitação em massa, a qual fora empregada para a classe trabalhadora nos 1960/1970, baseada em treinamentos com o objetivo de colocar no mercado de trabalho um contingente de pessoas treinadas em caráter de urgência.

Neste contexto os atendentes de enfermagem foram capacitados para o trabalho manual na enfermagem (1977) e assim fizeram parte da hierarquia da profissão por quase duas décadas. O terceiro currículo atualmente desenvolvido nas escolas privadas de nível médio, o qual apresenta um desenho tecnicista, voltado para um ensino rápido preocupado em desenvolver as competências e habilidades do aluno pressupondo uma rápida inserção no trabalho. Observa-se uma grande oferta de cursos na área da enfermagem especialmente cursos em instituições particulares, fato que, em certa medida contribui para colocar no mercado de trabalho um contingente de pessoas avidas por um trabalho.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) questiona a qualidade dos cursos de Graduação na área da enfermagem, pois estes, apresentam-se cada vez mais com elevada taxa de matrículas e segundo o Ministério da Educação (MEC) ao realizar em 2011 exame para avaliar a qualidade do ensino nas faculdades de enfermagem do Brasil verificou que a porcentagem de cursos a baixo da média subiu de 6% para 47%. No mesmo ano o MEC anunciou o corte de 2.572 vagas do ensino superior em

Enfermagem. A redução dos cursos fez parte do processo de supervisão pelo qual os cursos passaram e, em função dos resultados considerados insuficientes no desempenho dos alunos e futuros profissionais de enfermagem. As graduações ficaram com nota 1 ou 2 no Conceito Preliminar de Curso (CPC) de 2010, esse indicador aponta a má qualidade da oferta do ensino em uma escala que vai de 0 a 5 (MARTYRES, BORGES, 2013)

A exposição dos currículos tem valor no sentido de mostrar como a formação de enfermagem em todos os níveis e em diferentes momentos da história tem se mostrado cada vez mais reduzida e voltada para o imediato acesso ao trabalho principalmente para os profissionais de nível médio. Nesta seção abordaremos dois programas de formação de nível elementar e médio fomentados pelo Estado em períodos diferentes com métodos pedagógicos distintos, mas, tendo em comum o mesmo caráter emergencial, com objetivo de suprir as lacunas no setor da assistência de enfermagem nos serviços públicos e privados de saúde.

A capacitação dos atendentes de enfermagem através do Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra Industrial (PIPMOI) implantado em 1964 que, embora tenha sido criado para treinar em massa os trabalhadores fabris, foi também direcionado ao treinamento dos profissionais do setor de serviços, incluindo os da saúde, abrangendo também enfermagem. Assim todas as áreas do trabalho foram incluídas no referido programa, consolidando o plano de desenvolvimento e crescimento econômico do país, aproveitando o período que prometia melhoria para toda a população, período este chamado o “milagre brasileiro”<sup>2</sup>.

O outro programa de formação dos profissionais de saúde a ser abordado é o Projeto Larga Escala (1980). Este, apesar de ter buscado mudar o caráter mecanicista do ensino através do emprego de novas metodologias pedagógicas, também foi realizado em consonância com estratégias do Estado para atender as necessidades em Recursos Humanos do Sistema de Saúde que já estava sendo direcionado para a universalidade da assistência. Buscamos compreender em que consiste o ensino tecnicista e as concepções da pedagogia das competências para identificar também no ensino um fator que leva à precarização do trabalho na enfermagem. Nosso esforço será no sentido de identificar a

---

<sup>2</sup> O período histórico no Brasil chamado de “milagre brasileiro” ocorreu entre os anos de 1968-1973 teve como característica a redução da inflação, crescimento do PIB, incentivo as exportações e declínio da dívida externa (VELOSO, VILLELA, GIAMBIAGI, 2008).

precarização do trabalho na enfermagem considerando como fatores condicionantes o processo de trabalho e a formação de nível médio.

Para dar embasamento à pesquisa no que se refere ao processo de trabalho na sociedade capitalista tomamos por base o pensamento marxista. Pensamento este que nos remete ao entendimento sobre o tema trabalho, sob a ótica do materialismo histórico dialético<sup>3</sup>. A inspiração nos veio de leituras de autores que citam o filósofo Karl Marx de uma maneira geral e também pela leitura de trechos de suas obras, onde nos deparamos com a visão concreta da divisão técnica e social do trabalho, com a sua definição abstrata e onde também se obtém a compreensão sobre a divisão social quando o filósofo mostra com nitidez a ascensão da burguesia<sup>4</sup> e o surgimento da classe proletariada<sup>5</sup> sendo esta, a classe dominada.

Podemos compreender também o processo de trabalho atualmente, pelas vias do pensamento marxista, nas palavras de Antunes e Alves (2004) quando estes nos trazem a nova forma de ser do trabalho. Os autores partem de uma compreensão ampliada de trabalho e referem que as forças produtivas não se restringem apenas àquelas ligadas ao setor industrial que participam diretamente do processo de extração da mais-valia, mas, abrangem a classe improdutiva, ou seja, a classe de trabalhadores em serviços os quais não estão diretamente ligados à criação de mais-valia, sem contar que fazem parte também dessa classe os trabalhadores rurais, os que trabalham sob contrato temporário e os desempregados.

Segundo os autores, estão excluídos da classe trabalhadora no sistema capitalista os gestores do capital, por cumprirem papel gerencial e de comando, os pequenos empresários, tanto rurais como urbanos, porque estes são detentores dos meios de produção mesmo que em pequena proporção, e, também os que vivem de juros. Afirmam os autores que a classe trabalhadora é mais ampla que o proletariado fabril do século passado e que o trabalho só pode ser compreendido se observado a sua complexidade, a heterogeneidade e sua fragmentação.

Almeida e Rocha (1986) citam Marx, para definir a relação do homem com o trabalho:

---

<sup>3</sup> Materialismo dialético. O termo inicialmente usado pelo filósofo marxista russo Plekhanov (1857- 1918) e posteriormente por Lênin para caracterizar sua doutrina que interpreta o pensamento de Marx sobre o socialismo proletário. O materialismo histórico refere-se ao processo de transformação da sociedade por meio de conflitos entre classes (MARX E ENGELS, 2015, p. 28).

<sup>4</sup> Por burguesia entende-se a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social e empregadores do trabalho assalariado.

<sup>5</sup> Proletariado, classe dos trabalhadores modernos, os quais não tendo meios próprios de produção estão reduzidos a vender sua força de trabalho para poder viver (*Nota de Engels à edição inglesa de 1888, p.70*).

Antes de tudo o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de aproximar-se dos recursos da natureza imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX apud ALMEIDA e ROCHA, 1986, p. 24).

O trabalho na sociedade capitalista, segundo o pensamento marxista, perde suas características iniciais, observadas nos períodos anteriores ao capitalismo, conforme explicita o filósofo: “Devido ao intenso uso da máquina e da divisão da mão de obra, o trabalho dos proletários perdeu o seu caráter individual e, portanto todos os seus atrativos para os operários.” (MARX, ENGELS, 2015 p. 70). Fazendo uma ligação entre a compreensão abstrata do trabalho e as transformações que este adquiriu nos diferentes períodos históricos, com o processo de trabalho da enfermagem, nota-se semelhança nas mudanças ocorridas desde que esta foi institucionalizada como profissão. O sistema capitalista modificou não só o modo de o homem relacionar-se com o trabalho fabril, mas também com o modo de executar os serviços, como foi o caso da enfermagem, fortemente influenciada pelo modo de produção capitalista justamente por ter nascido neste contexto histórico. (PIRES, 1989; SILVA, 1986).

O trabalho na sociedade capitalista se torna estranho, o trabalhador não se reconhece em sua obra e não se apropria dela. Pelo contrário, não a enxerga, devido ao parcelamento no processo de construção e também pelo destino final que esta recebe como mercadoria. O trabalhador, força vital no processo reprodutivo no sistema capitalista, se assemelha a uma mercadoria, pois ao vender sua força de trabalho fica sujeito às flutuações do mercado (MARX, ENGELS, 2015 p. 70). Neste sentido, Marx revela que o trabalhador para o sistema capitalista não passa de uma mercadoria e, só tem valor enquanto produz.

Segundo Marx e Engels, “toda a sociedade esta dividida cada vez mais em dois grandes campos hostis, em duas grandes classes em confronto direto: a burguesia e proletariado” (MARX e ENGELS, 2015, p. 63). A burguesia desde que destituiu o sistema feudal e se construiu como classe dominante tem modificado as forças produtivas de forma universal. Nenhum continente ficou fora de seu poder avassalador que mudou completamente a vida das pessoas, em especial a vida da classe trabalhadora. (MARX e ENGELS, 2015) Os profissionais de enfermagem, como

trabalhadores que são, estão inseridos em relações de dominação, no trabalho e em outros âmbitos da vida e também estão sujeitos às mesmas determinações do mercado de trabalho e as imposições do sistema capitalista.

Para falarmos de precarização do trabalho na área da enfermagem, onde procuramos dar ênfase no segundo capítulo, é necessária previamente a compreensão objetiva dos fatores que determinam a precarização do trabalho de modo geral. Reportamos aos estudos de Giovanni Alves (2007) que proporcionou a compreensão dos conceitos de precarização e precariedade no contexto da reestruturação dos meios de produção no sistema capitalista. Giovanni Alves de maneira clara distingue precarização de precariedade na sociedade capitalista.

Para Alves (2007), a precarização consiste em perdas de direitos trabalhistas conquistados ao longo dos tempos através de movimentos de classe. Segundo o autor a flexibilização nas relações de trabalho são responsáveis pela precarização do trabalho que está em conformidade com o Estado neoliberal, sendo este incapaz de assumir com efetividade as tarefas históricas impostas pelo processo civilizatório. Neste contexto explicita o autor: “Ao tornar-se Estado máximo para o Capital, torna-se Estado mínimo para os interesses da civilização do trabalho” (ALVES, 2007, p. 150).

Compreendemos então que a precarização do trabalho é consequência do privilégio por parte do Estado aos interesses do capital em detrimento dos interesses dos trabalhadores. Já a precariedade, segundo o autor, consiste na condição social da classe trabalhadora, o que implica em como e onde o trabalhador está inserido na sociedade se está vivendo em situação subumana ou em situação digna a ponto de evitar a precarização do trabalho ou ao contrário, mantê-la viva, perpetuando a precariedade.

O trabalho na enfermagem também está exposto a precarização em virtude de vários fatores que determinam a precariedade social como, por exemplo, a escassez de trabalho, grande quantidade de pessoas formadas sem serem absorvidas pelo mercado de trabalho, dificuldade para o profissional se manter economicamente até conseguir um trabalho digno, configurando em emergência para iniciar a vida laboral, e formação deficitária que leva o profissional a ficar restrito no seu campo de atuação.

Os baixos salários, sobrecarga e dupla jornada de trabalho, as terceirizações nos serviços públicos, a defasagem de concursos públicos, os processos seletivos por tempo determinado, e os contratos temporários são evidências da precarização do trabalho os quais os profissionais de enfermagem se sujeitam para se inserir ou se manter no trabalho. A precarização no campo da enfermagem é mais percebida na categoria dos

profissionais de nível médio por serem estes os que desenvolvem o trabalho simples o que não significa “dispensável” e por estarem sujeitos com maior facilidade às flutuações do mercado de trabalho sendo facilmente substituídos devido a grande oferta de força de trabalho.

No que se refere à discussão sobre a formação dos trabalhadores da enfermagem explicitada na terceira parte, vemos a educação como um dos fatores que contribui para o processo de precarização do trabalho no contexto da sociedade capitalista. Tomamos como referencia Antônio Gramsci<sup>6</sup> (1891-1937). Compreender a divisão social e técnica do trabalho que se expressa também no campo da educação, no sistema capitalista mediante as concepções de Gramsci, requer antes de tudo compreender o sujeito em sua totalidade, considerar suas potencialidades e levar em consideração a sua realidade social. Para Gramsci, “a educação é um campo no qual a teoria e a prática a cultura e a política inevitavelmente se confundem; em que a pesquisa e a descoberta teórica se misturam com a ação social e política” (ATÍLIO, 2010, p.12).

A crise econômica que se instalou na Itália fez com que em 1922/1923 medidas de contenção de gastos públicos recaíssem no setor da educação, o que levou o primeiro Ministro da Educação, Geovani Gentile, a idealizar e executar uma profunda reforma no ensino, a qual foi chamada Reforma Gentile. Tal reforma modificou o sistema educacional da Itália, desde as questões que se refere à ordem burocrática até às relacionadas aos currículos escolares. (VANZULLI, 2016 )

Neste contexto a qualidade do ensino foi afetada, houve a divisão da escola em clássica e profissional. Como explicitado pelo filósofo: “A divisão fundamental da escola em clássica e profissional era um esquema racional: a escola profissional destinava-se as classes instrumentais enquanto a clássica destinava-se às classes dominantes e aos intelectuais”. (GRAMSCI, 2001, p. 33) Contrapondo-se a essa divisão o filósofo propunha a criação da escola unitária, a qual tinha o trabalho como princípio

---

<sup>6</sup> Antonio Gramsci nasceu em 1891, na Sardenha, uma das regiões mais pobres da Itália. Estudou na Universidade de Turim considerado um grande centro industrial e o lugar da primeira organização da classe operária na Itália. Gramsci começou sua aprendizagem política e educativa durante a Primeira Guerra Mundial, como jornalista e crítico de teatro. Gramsci desconsiderava a ideia de que os problemas relacionados com a divisão social fossem resolvidos de uma forma positivista pela ciência e pela tecnologia. Defendia que o vínculo entre a organização do trabalho e a organização da cultura representava a nova preparação técnica e profissional para a classe trabalhadora. Por motivos políticos Gramsci foi preso aos 35 anos quando era parlamentar e ocupava o cargo de secretário geral do Partido Comunista Italiano. No tempo em que esteve no cárcere escreveu os “Cadernos do Cárcere”, sendo o caderno 12 dedicado á educação. O filósofo morreu em 1937, sem concluir sua obra (ATÍLIO MONASTA, 2010).

educativo. Gramsci defendia a criação de uma escola técnica para preparar os trabalhadores mediante um ensino humanístico como ele mesmo explicita:

A escola unitária ou de formação humanista (entendido este termo “humanismo” em sentido amplo e não apenas no sentido tradicional), ou de cultura geral, deveria assumir a tarefa de inserir os jovens na atividade social depois de tê-los elevados a um certo grau de maturidade e capacidade para a criação intelectual e a uma certa autonomia na orientação e na iniciativa (GRAMSCI, 2001, p.108).

Este ensino humanístico, que é a base da politécnica, deveria ser a preocupação do Estado não só no campo da enfermagem, mas em todas as áreas onde a profissão foi hierarquizada. No entanto o tecnicismo aligeirado tem sido a regra para os cursos de enfermagem especialmente os de nível médio. Outra proposta relevante é que a escola unitária seria de responsabilidade do Estado, isto é, gratuita e em tempo integral o que configura que o ensino para a classe trabalhadora seria de boa qualidade e subsidiada pelo governo. É nessa perspectiva que compreendemos a educação e a formação dos trabalhadores incluindo os de enfermagem.

## CAPITULO 1 - BREVE RESGATE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

O cuidado em enfermagem está estruturado basicamente em três pilares, no conhecimento científico, no desenvolver das técnicas e nas relações sociais, e tem como objetivo atender às necessidades humanas nas dimensões biológicas, psicológica e social. (ALMEIDA e ROCHA, 1986) Ao pesquisarem sobre os padrões de conhecimento próprios da enfermagem Cestari (2003) e Madureira (2004) referem que esta segue quatro padrões: empírico, ético, estético e pessoal. Faz-se necessário a compreensão de como esses saberes são desenvolvidos e usados no campo da enfermagem.

O conhecimento empírico se reporta à ciência, à descrição constatável e tem como objetivo desenvolver um conhecimento abstrato e teórico. O padrão ético, segundo Cestari (2003), trabalha com a complexidade do julgamento, sob diferentes posições filosóficas, não está restrito apenas ao código de ética da profissão, tem como objetivo realizar intervenções que sejam adequadas e apropriadas a cada situação sem julgamentos previamente concebidos. O estético está ligado à arte de cuidar que, facilmente remete à empatia com a profissão, quanto mais afinado um com outro, maiores são as chances de se desenvolver uma assistência baseada na individualidade do paciente. No entanto não se pode confundir a criatividade, a subjetividade do profissional com a simples execução de técnicas, desconsiderando todos os outros saberes (CESSTARI, 2003). O padrão de conhecimento pessoal é o mais difícil por estar diretamente relacionado com a outra pessoa, neste padrão o profissional deve ter uma relação de igualdade, postura de desconhecimento mediante a realidade do paciente considerando, que este é único, para que possa estabelecer uma relação verdadeira objetivando principalmente o auto cuidado (CESTARI, 2003; MADUREIRA, 2004).

Segundo Cestari, os padrões de conhecimento em enfermagem foram elaborados, primeiramente pela enfermeira Barbara A. Carper<sup>7</sup>, em 1978, e muito tem contribuído para elaboração do processo de ensino o qual orienta os futuros profissionais de enfermagem. Assim podemos a partir dessas definições compreender a evolução dos

---

<sup>7</sup> Barbara A. Carper. Nasceu nos Estados Unidos, é Doutora em enfermagem. Em 1978 publicou seus estudos; "Padrões Fundamentais de Conhecimento em Enfermagem, sendo estes uma resposta às suas preocupações intelectuais e pessoais para esclarecer e expressar que a prática de enfermagem era mais que ciência; a prática de enfermagem se constitui numa troca de experiências a fim de efetivar o cuidado. Este trabalho foi citado mais de 1800 vezes na literatura profissional de enfermagem (EISENHAUER, ELIZABETH, 2015).



cuidados de enfermagem mediante não só ao conhecimento científico, mas também em outros conhecimentos que estão relacionados com a troca de experiência entre profissional e paciente. Esses conhecimentos complementam o científico dando um caráter subjetivo na assistência de enfermagem. Neste sentido Madureira (2004) refere que há ainda outros padrões de conhecimento que são de igual relevância, destacando entre eles o conhecimento político e o sócio-político, que respectivamente retira o profissional de enfermagem do seu restrito campo de atuação para inseri-lo nos movimentos sociais visando uma compreensão do seu lugar enquanto ser social e que tem condições de desenvolver outras atividades no campo social e político dentro da comunidade.

O cuidar é uma atividade antiga, pois desde que o ser humano existe há sempre a necessidade de ter alguém reconhecido na sociedade para desenvolver este trabalho. Nesta lógica, a prática do cuidar foi evoluindo em conformidade com o desenvolvimento das sociedades. Nas primitivas civilizações, segundo Miranda, (2010) não há relatos quanto à profissão de enfermagem. Porém Montovani, Silveira e Cade (1999) indicam que as práticas de cuidar dos enfermos nas civilizações primitivas estavam ligadas às ações que garantissem a vida. Segundo as autoras, as enfermidades, como fraturas, parasitas, e, até o parto, assim como o modo de vida dessas tribos, foram desenhadas nas cavernas. Este modo de administrar os cuidados nas civilizações primitivas está relacionado com um padrão estético de cuidado fundamentado no sentimento, e tinha na figura da mulher, do feiticeiro e do bruxo os seus executores. (GONZÁLES; RUIZ, 2011)

Já nas antigas civilizações do Oriente como a Assíria, Babilônia, Mesopotâmia (4.500 a 2000 a.C.), posteriormente Roma e Grécia (600 a 500 a.C.) as doenças eram compreendidas em duas vertentes: como algo influenciado por crenças e superstições, sendo que neste caso havia a intervenção dos sacerdotes nos templos; e a outra são as práticas curativas realizadas por médicos e cirurgiões. No que diz respeito aos cuidados com os doentes, este estava centrado no lar, eram realizados pelas mulheres e em alguns lugares esses cuidados eram delegados a escravos. (MONTOVANI; SILVEIRA; CADE, 1999; GONZÁLES; RUIZ, 2011).

No entanto, por volta de 460 a.C a relação das doenças com o sobrenatural deu lugar ao processo de observação de sinais e sintomas empregados por Hipócrates (considerado na literatura como pai da medicina) (MIRANDA, 2010). Hipócrates tem relação com a história dos cuidados em saúde, apesar de não ter relatos da enfermagem

nesse período, devido a sua ideia que desmistificou a doença atribuindo à mesma outras causas possíveis de serem observadas por meio da comprovação científica como, por exemplo, condições climáticas e geográficas onde viviam as pessoas, condições nutricionais e hábitos pessoais do paciente. Hipócrates também concebia a ideia de que a saúde dependia da harmonia entre os humores que, para ele seria bile preta, bile amarela, sangue e fleugma (mucos) e quando esses humores não estavam em harmonia desencadeava processos inflamatórios, supurações e gangrenas.

Pode-se dizer que houve nesta época um avanço na compreensão do processo saúde-doença: a observação, a avaliação, e a inspeção são instrumentos que colaboraram para desmistificar a doença. O olhar ampliado de Hipócrates para os fatores que interferiam no adoecimento das pessoas corresponde na atualidade ao conceito da visão holística considerando o paciente como um todo e também as condições sociais em que este está inserido (MIRANDA, 2010). Segundo Silva, (1986) os métodos terapêuticos usados por Hipócrates, como a sangria, dietas distintas para cada caso, e a sua teoria humoral, influenciaram a medicina no Ocidente. O ensino da medicina era realizado por meio de treinamentos (adestramento). Nas cidades mais evoluídas onde havia médicos, estes recebiam um salário financiado pelo governo local. O médico (artesão) era bem visto na sociedade e desfrutava de grande prestígio, o que não difere muito da realidade atual, pois a medicina no campo social e na área da saúde desfruta até hoje de uma posição de destaque em relação às outras profissões.

Segundo Silva (1986) nos anos 116. a.C a 79 d.C, em Roma, a medicina estava condicionada a organização do saber médico por meio de trabalhos de pesquisas. Pode se destacar nesta época o trabalho de Galeno, que dissecou crânios de animais, (macacos, porcos) e pôde então descrever os nervos cranianos e a anatomia do cérebro. Roma contribui para o desenvolvimento da saúde pública por meio da construção de rede de esgoto, de banhos públicos, de aquedutos e limpeza obrigatória das ruas. Nesta época segundo Silva, o que facilitava as pesquisas em humanos era o caráter de neutralidade dos pesquisadores em relação à religião, pois tanto na Grécia como em Roma a ligação da vida material com a espiritual não existia, o ser humano para esses povos nessa época era finito na sua existência terrena.

Com o advento do cristianismo, devido aos seus ensinamentos baseados na caridade, no amor ao próximo e a relação do homem com a vida eterna, o cuidado tomou uma nova dimensão. A doença era vista como punição dos pecados cometidos, servia para purificar a alma do doente e assim promover a salvação. O cuidador por sua

vez também expiava seus pecados por meio do trabalho abnegado junto aos doentes. A visão sobre o cuidar foi direcionada para atos de caridade com o objetivo de receber como recompensa a salvação. (SILVA, 1986; MIRANDA, 2010) O cristianismo foi reconhecido oficialmente por Constantino, no ano de 313 d.C. Com isso a Igreja pôde exercer livremente suas atividades relacionadas com os cuidados aos doentes. Nesta época, foram construídos vários mosteiros com o objetivo de acolher os doentes.(SILVA, 1986)

A partir século VI, segundo Silva, as ordens monásticas desempenharam um papel importante, pois garantiam os cuidados dos doentes e a assistência aos pobres no entanto houve um atraso no que se refere às investigações e pesquisas relacionadas com a medicina. A Igreja pregava o desinteresse pelo corpo cultivando a exaltação pela vida espiritual sem contar que proibia as pesquisas realizadas mediante dissecação em cadáveres.

Os séculos XII e XIII são marcados pelas Cruzadas<sup>8</sup> que por motivos econômicos, políticos e religiosos tinham como objetivo retomar a região da palestina, no Oriente Médio, que fora invadida pelos turcos. Devido a esses conflitos houve a necessidade de fundar hospitais para o atendimento aos peregrinos, sendo destacados, o Hospital de São João e de Santa Maria Madalena. Também surgem as Ordens militares de enfermagem, como as de São João, dos Templários, Teutônicos e os Cavaleiros de São Lázaro (SILVA, 1986).

Com a retomada das relações comerciais com o Oriente renasce o interesse pelo mundo material e a Igreja concentrou esforços em conquistar e expandir seu império. Contrapondo-se a esse materialismo e a acumulação de riquezas desencadeou-se a reforma da Igreja também chamada de Reforma Protestante (1517). Neste sentido as religiosas foram expulsas dos hospitais sendo necessário contratar pessoas para cuidar dos doentes institucionalizados, houve fechamento de hospitais por falta de pessoas tanto para o gerenciamento como para a organização do ambiente e o cuidar dos enfermos. As pessoas recrutadas em caráter emergencial para desenvolver esses trabalhos, eram as pessoas excluídas da sociedade, como as prostitutas, os desempregados, os que tinham problemas com a justiça. (SILVA, 1986)

---

<sup>8</sup> Cruzadas. Expedições empreendidas pelos cristãos do Ocidente para libertar do domínio muçulmano o S. Sepulcro de Cristo em Jerusalém. Têm início em fins do séc. XI (1095) e terminam no século XII por volta do ano 1291 ( quando os últimos bastiões das cruzadas no Mediterrâneo oriental sucumbiram sob os ataques dos turcos (AQUINO, 2018).

Este fato estigmatizou o trabalho da enfermagem como um trabalho sem prestígio sem qualidade (MIRANDA, 2010). Segundo a autora o hospital até a idade média era considerado um lugar de descarte das pessoas indesejáveis da sociedade, como, os mendigos, leprosos e os moribundos. Era necessário separar o que não era bom aos olhos da sociedade vigente da época, ou seja, era uma ação asséptica onde segregavam-se os corpos que eram considerados perigosos à sociedade.

Percorrendo brevemente os caminhos trilhados pela enfermagem nas sociedades pré-capitalista, nota-se um trabalho desvinculado das práticas médicas. Não houve nenhuma menção sobre estudos direcionados a aprimorar as ações destinadas aos cuidados com os enfermos. No que se refere às questões sociais nesses períodos, as pessoas destinadas a prestar cuidados aos doentes também eram socialmente doentes, além de serem pobres e excluídas não eram remuneradas sendo influenciadas as práticas de caridade. Segundo Pereira, Ramos (2006), durante a mudança do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista as diferentes práticas desenvolvidas na área da saúde são redefinidas e são centralizadas no trabalho médico e hospitalar, na formação dos trabalhadores e no desenvolvimento do processo de trabalho.

Com as mudanças do modo de produção no final do século XV, baseadas na propriedade privada e na acumulação do capital instituindo a burguesia como classe dominante, novas ideologias tomam conta da sociedade principalmente no que se refere à capacidade de produção das máquinas e também da força de trabalho. Neste contexto a saúde também passa a ter novas direções. Foi neste período de mudanças socioeconômicas, as quais refletiram na sociedade promovendo novos valores que Florence Nightingale adentra na história da enfermagem legitimando a hierarquia na profissão por meio da divisão do trabalho.

Florence nasceu no ano de 1820, filha de família inglesa. Recebeu esse nome em homenagem a cidade em que nasceu Florença, na Itália. Sua família era rica e possuía influências políticas na sociedade britânica. Sua formação esta relacionada com o fato de que seu pai havia estudado na Universidade de Cambridge, onde concebeu ideias progressistas em relação às mudanças na sociedade no tocante à educação da mulher. Com essa visão, permitiu que a filha estudasse. (LOPES e SANTOS 2010)

Além dos estudos formais, Florence realizou uma viagem pela Grécia e Egito, buscando conhecer as condições sociais e arqueológicas dessas cidades. Ao retornar dessa viagem passa pela Alemanha onde tem contato com a Ordem das Diaconisas que tinha como premissa cuidar dos doentes, esta foi fundada pelo Pastor Theodor Fieldner

(1800-1864), da Igreja Reformada. Essa aproximação com os cuidados aos enfermos aflora novamente o desejo de dedicar-se à profissão de enfermagem, desejo este sufocado anteriormente pela família que não aceitava esse trabalho para uma pessoa com o nível social de Florence. (LOPES e SANTOS, 2010) Antes de dedicar-se totalmente à enfermagem, Florence realizou outros trabalhos no campo da pesquisa relacionada aos comportamentos sociais da época e sobre a organização dos serviços de saúde. Preocupou-se com a educação que era muito restrita para as mulheres naquela época. (LOPES e SANTOS, 2010)

Em 1854 inicia-se a Guerra da Criméia e com ela muitas mortes de soldados britânicos devido às péssimas condições dos hospitais, os quais não se encontravam preparados para prestar assistência aos soldados combatentes. Florence foi convidada pelo Secretário de Estado, Sidney Herbert, a encabeçar um trabalho de gerenciamento de um grupo de enfermeiras nomeadas para atuar no principal hospital militar em Scutari, onde pode colocar em prática todo o seu aprendizado pregresso no tocante a organização e a divisão do trabalho. (LOPES e SANTOS, 2010). Florence iniciou o trabalho da enfermagem com duas categorias de profissionais: *layds* e *nurses*. Às primeiras eram destinado o trabalho gerencial por serem estas de formação elevada. Às últimas cabiam os serviços e os cuidados com o paciente por possuírem uma baixa escolaridade. (MEDEIROS, 2010)

No entanto a divisão nos serviços de enfermagem não ocorreu por acaso. Atribuiu-se essa divisão ao processo de trabalho vigente na Europa, onde a burguesia como classe dominante assume não só o controle do capital, mas também o gerenciamento do trabalho. Florence contribui com a profissionalização da enfermagem no sentido promover a formação dos profissionais buscando delimitar o campo de atuação, separando os saberes médicos dos saberes da enfermagem o que não foi um processo fácil devido a hegemonia médica. (PASSOS, 2012)

No Brasil no século XIX segundo os estudos de Almeida e Rocha (1986) a divisão técnica e social dos trabalhadores na enfermagem se deu por meio de treinamentos realizados por níveis de complexidade, às categorias socialmente menos favorecidas eram ofertados treinamentos visando o cuidado direto ao paciente e a organização do ambiente de trabalho às categorias socialmente mais elevadas treinamentos direcionados ao gerenciamento. Essa hierarquia tinha um caráter disciplinador, pois as relações (discussões, diálogo referente a terapêutica do paciente) com os médicos eram realizados pela chefe de enfermagem (matrona) nunca pelo pessoal que prestava a

assistência. Neste sentido a hierarquia definia no espaço hospitalar a posição que cada membro da equipe deveria estar. E isso não mudou praticamente nada dessa época para a atualidade.

### 1.1 BREVE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM NO BRASIL DE 1500 A 1900

No Brasil os cuidados em saúde são observados nas tribos indígenas a partir da chegada dos descobridores da nova terra. Os índios compreendiam a doença como castigo enviado por deuses e tinham seus próprios meios para tratá-las o que não difere muito dos pensamentos pré - capitalistas na Europa (PIRES, 1989). Segundo a autora, o Pajé era referência na tribo para orientar a terapêutica a ser aplicada em cada caso e esta se misturava aos rituais de magia e religiosos. Com a colonização vieram também as doenças até então desconhecidas para os nativos, e em decorrência dessa invasão as práticas de cuidados frente às novas doenças até então desconhecidas passam a ser executadas pelo homem branco, aqueles que possuíam algum conhecimento, como barbeiros, barbeiros-cirurgiões, físicos, anatômicos, boticários, curandeiros e os práticos.

Ainda mediante as pesquisas de Pires, a assistência à saúde nos primeiros 300 anos após o descobrimento do Brasil foi realizada por físicos que eram os médicos formados em Escolas da Europa e licenciados em Portugal. Estes profissionais se enquadravam como liberais, cobravam por atendimentos em domicílio e desfrutavam de prestígio, sendo que os físicos tinham maior status social. Os licenciados transferiam o saber para os aprendizes na lógica de treinamento. A hierarquia se constituía entre as pessoas que praticavam ações de saúde na medida em que o saber teórico era apreendido nas universidades da Europa, sendo que os físicos que eram a minoria centralizavam o saber em suas mãos subordinando os demais às suas orientações. Não existia uma organização que legalizasse o ensino.

Paralelo à essas práticas ocorria a fundação das Santas Casas a partir de (1539), em Olinda, tendo como objetivo a institucionalização dos doentes. Os jesuítas foram responsáveis por organizar esses hospitais por possuírem conhecimento adquirido nas congregações. Alguns tinham o curso de medicina, podiam assistir as parturientes, tratar fraturas, ensinavam noções e condutas de higiene, além de realizar também a vigilância em saúde no que se refere às quantificações dos mortos e dos nascimentos. Neste contexto podem ser destacados os padres José de Anchieta, Gregório Serrão e João Gonçalves. Refere Pires que os Jesuítas ganhavam respeito e confiança da população

mediante ao trabalho em saúde desempenhado principalmente junto aos pobres. No que se refere à enfermagem, Pires revela que, analisando os tipos de atividades desenvolvidas pelos jesuítas no campo da saúde é que, pela primeira vez, aparece registro de atividades consideradas como de enfermagem, com pessoas responsáveis pelas atividades de outras caracterizando assim a hierarquia. Neste sentido, essas pessoas não eram autônomas. Exerciam o trabalho controlado, supervisionado e delegado por alguém com um saber mais elevado.

Ainda nessa fase empírica, segundo Germano (1993), não se pode deixar de mencionar o nome de pessoas que se destacaram pelo trabalho realizado junto aos doentes como, por exemplo, a voluntária Francisca de Sande, que cuidava dos doentes em sua própria casa (XVII), frei Fabiano de Castro que exerceu funções de enfermeiro por mais de 40 anos no convento de Santo Antônio no Rio de Janeiro (XVIII) e Ana Justina Ferreira Néri, que também ofereceu seu trabalho voluntário para assistir os soldados da guerra do Paraguai (XIX).

Segundo Nunes (2000), não houve no período anterior da chegada da família real ao Brasil (1808) grande preocupação em organizar a sociedade visando um estudo sistemático sobre as causas das doenças. Isto vai ocorrer somente no século XIX, quando “o conhecimento da colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção dirigida para o aumento da produção, para a defesa da terra e para a saúde da população”(NUNES, 2000, p.243). Com a chegada da família real ocorre no campo da saúde a emergência de um projeto de medicina social para o início do século XIX, vinculado, sobretudo, à higiene pública e medicalização do espaço urbano.

Esta época foi marcada por ações de vigilância sanitária, que procuravam fiscalizar as atividades dos cirurgiões, e pela criação das primeiras escolas de medicina (a Escola de Cirurgia na Bahia, a cátedra de anatomia no Hospital Militar, no Rio de Janeiro (1808), e a Escola de Medicina Operatória, em 1809. (NUNES, 2000). No que se refere aos cuidados com os doentes, estes eram assistidos nos centros urbanos, nas Santas Casas, nas enfermarias de instituições religiosas e nos hospitais militares. Os que podiam pagar estes, eram cuidados em casa pelos físicos que eram pessoas com maior grau de estudo, já para a população pobre da zona rural que não tinha acesso aos grandes centros urbanos o atendimento ficava por conta dos boticários, sangradores, parteiras e curandeiros, que eram pessoas com conhecimento adquirido por treinamento (PIRES, 1989).

Em meados do século XIX devido a vinda de parlamentares para a capital (Rio de Janeiro) e com o avanço da agricultura cafeeira, ocorre uma concentração das pessoas no espaço urbano. Neste sentido o Estado brasileiro necessita dos profissionais liberais como os médicos, engenheiros, advogados para dar sustentação legal a essa nova sociedade. As ações de saúde se concentram no saneamento com objetivo de deixar as cidades livres das epidemias que ameaçavam o comércio e imigração. Os últimos anos do final do segundo império são marcados pela reforma da saúde pública a qual criou o Conselho Superior de Saúde Pública, a lei que regulamentou o trabalho dos menores de idade nas fábricas, e a lei que protegia os doentes e a higiene nas escolas. Em 1889 os currículos dos médicos foram modificados a fim de capacitá-los para exercerem também as funções de fiscalizadores de laboratórios que analisavam a qualidade dos alimentos (PIRES, 1989). No que se refere a enfermagem no final do século a mesma começa a se organizar para se instituir como profissão com a abertura da primeira Escola de Enfermagem em 1890, a Escola Alfredo Pinto no Rio de Janeiro. (GERMANO, 1993).

O nosso breve resgate histórico da Enfermagem no Brasil não termina aqui, paramos neste período, por entender que, no desdobrar desta pesquisa a história da Enfermagem vai sendo relatada e contextualizada nos demais capítulos. O que vai diferenciar durante este percurso será a observação da organização da Enfermagem enquanto profissão, no sentido de se tornar independente, buscando desenvolver a partir de meados XX (1950) um saber científico próprio, o reconhecimento legal da profissão e a criação do Conselho Federal de Enfermagem- Cofen (1973), órgão que regula as ações e serviços e a relação com o mundo do trabalho no sistema capitalista.

## 1.2 REGULAMENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL: HIERARQUIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO

Influenciada pelo desenvolvimento científico e pela evolução do modo de produção capitalista a nível mundial, a Enfermagem avançou no sentido de sistematizar suas práticas. O conhecimento científico na enfermagem só vai ocorrer na década de 1950, pois, até esse período os trabalhadores na área da enfermagem desenvolviam suas atividades sem nenhuma elaboração de princípios científicos, preocupava em executar as tarefas prescritas pelos médicos. (LIMA, 2010) Uma profissão fundamenta-se em órgãos representativos(sindicatos e conselhos de classe), educação específica e formal, conhecimentos e práticas sistematizadas e prática orientada por preceitos éticos



reconhecidos pelo Estado e pela sociedade, esses são os pilares que sustentam uma profissão.( BELLAGUARDA, PADILHA, PIRES, 2015). Assim a Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização de atividades não só no campo da saúde, mas em outras áreas da sociedade. Possui conselho de classe, que, mediante código de ética orienta os profissionais para o trato com os pacientes e com as demais pessoas do convívio profissional e social. (PIRES, 2009)

Porém não basta só compreender o conceito de profissionalização da enfermagem, é necessário considerar as modificações ocorridas no processo de trabalho em virtude do modo de produção capitalista. Conforme Marx explicita: "Do capitalismo nenhuma atividade escapou, nem mesmo aquelas consideradas veneradas pela sociedade, como médico, jurista, padre e poeta". (MARX e ENGELS, 2017. p. 65). Mesmo que a enfermagem não tenha sido citada por Marx, ela também não escapou do sistema.

Neste sentido, a enfermagem foi submetida às formalidades de trabalho assalariado e conseqüentemente necessitava de ser regulamentada.

No Brasil, o Decreto nº 20.109 de 15 de junho de 1931 foi causa de grande controvérsia, pois este logo no início diz: Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. No entanto no corpo, do referido documento prevalece as orientações para a regulamentação do ensino e da equiparação das escolas de enfermagem isto é, todas as Escolas de Enfermagem na época teriam que seguir o modelo de ensino da Escola de Enfermagem Ana Nery os quais eram baseados nos ensinamentos nightingaleanos. A regulamentação da profissão foi suprimida neste documento, apesar de ser anunciada.

A Escola Ana Nery fundamentou seus ensinamentos no modelo biologista e dentro do contexto hospitalar, apesar de ser criada para formar profissionais para a área da saúde pública, devido a grande necessidade do momento, pois, havia no Brasil muitos problemas relacionados a surtos epidêmicos colocando em risco seu prestígio internacional, quanto às riquezas e belezas naturais. Ainda neste período havia os enfermeiros práticos<sup>9</sup>, os quais foram regulamentados, pelo decreto nº 23.744/34 (BRASIL, 1931; PIRES, 1989.; LIMA, RAMOS e NETO, 2013). As enfermeiras ao se formarem eram absorvidas pelos serviços de saúde do Estado, tinham também a função

---

<sup>9</sup> Os práticos eram as pessoas treinadas, com caráter de adestramento, por outros profissionais que já tinham o domínio da profissão. O trabalho dos práticos foram os primeiros a serem institucionalizados no âmbito hospitalar. (PIRES, 1986).

de formar os auxiliares de enfermagem. Como se percebe, a enfermagem ia se configurando em três níveis hierárquicos: os práticos, as enfermeiras formadas e os auxiliares – sem contar com as obstetritzés<sup>10</sup>. No entanto os auxiliares de enfermagem só puderam frequentar um curso regulado legalmente instituído e reconhecido pelo Conselho Nacional de Educação a partir de 1936 quando foi criado, em Belo Horizonte o primeiro curso para a formação desses profissionais e, somente em 1949, com a lei nº 775/49, é que foram definitivamente instituídos os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem. (MONTICELLI, 2000).

A regulamentação dos técnicos de enfermagem também veio tardiamente em relação à criação do curso. Para compor a escala hierarquizada de trabalhos na enfermagem, os técnicos trabalharam na informalidade por praticamente duas décadas, uma vez que o curso de Técnico de Enfermagem foi criado apenas em 1966 pelos pareceres do Conselho Federal de Educação (n. 171/66 e 224/66) e a categoria só foi reconhecida profissionalmente com a nova lei do exercício profissional Lei nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Ainda sobre a regulamentação dos profissionais, não podemos esquecer que durante muito tempo fizeram parte da hierarquia da profissão os Atendentes de enfermagem. Esses trabalhadores exerciam as atividades mais elementares, pois não possuíam formação. Sobre a regulamentação desses profissionais encontramos nos documentos do Cofen, apenas a liberação para exercerem os trabalhos que não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de Enfermagem seja mais eficiente.(COFEN, 1995) Os aspectos socioeconômicos que levaram a enfermagem lançar mão desse profissional estão relacionadas à necessidade de atender ao projeto de crescimento do Estado. Em 1963 foi criado o Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO)<sup>11</sup>, destinado inicialmente aos trabalhadores fabris, tendo como objetivo o adestramento desta força de trabalho. Posteriormente esse programa se estendeu aos demais setores, incluindo a saúde. (BARRADAS, 1986).

O objetivo do Estado em criar o referido programa era treinar operários já empregados no sentido de adequá-los aos novos padrões tecnológicos visando contar

---

<sup>10</sup> As parteiras também chamadas de aparadeiras ou comadres eram mulheres de confiança das gestantes, com experiências adquiridas de geração em geração que assistiam as mulheres no trabalho de parto, no parto e pós-parto, e cuidava também do recém-nascido. O trabalho das parteiras também foi introduzido no ambiente hospitalar. (PIRES, 1986; BRARROSO, 2009).

<sup>11</sup> O PIPMO foi criado pelo Decreto nº 53.324/63, recebendo a denominação de Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra Industrial (PIPMOI), dentro da Diretoria de Ensino Industrial do MEC. (BARRADAS, 1986, p. 14).

com uma reserva de trabalhadores o que possibilitava maior poder de manipulação dos empresários. No setor saúde o programa vinha ao encontro da expansão da burguesia dos serviços de saúde. Ainda sobre os Atendentes de Enfermagem é relevante esclarecer que estes não eram os práticos de enfermagem segundo Lima, Ramos e Lobo Neto (2013). Os práticos vieram a ser habilitados mediante o decreto 8.778, de 22 de janeiro de 1946, o qual dispunha que os profissionais que tinham mais de dois anos no exercício da profissão de enfermagem em instituições hospitalares poderiam ser submetidos a exames para comprovar a prática e assim receberem o certificado emitido por diretores da instituição na qual estivesse trabalhando.

A categoria dos atendentes de enfermagem foi extinta pelo Cofen, mediante a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e os práticos de enfermagem passaram a se denominar auxiliares de enfermagem. A referida lei deixava claro que a Enfermagem só poderia ser exercida, privativamente, por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e a Resolução nº 143, de 17 de novembro de 1994, mudou a expressão Atendente de Enfermagem que deveria ser trocada por Auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 1994). O atendente que nos anos 70 fora capacitado as presas para compor a classe dos trabalhadores necessários para concluir o plano de desenvolvimento e crescimento econômico do país, estava sem função já não era útil, foi concedido um prazo de dez anos para que esses profissionais se habilitassem. Observa-se que a categoria de atendentes de enfermagem foi transitória, instituída num contexto em que havia a necessidade da força de trabalho como um todo concentrar esforços para o plano de desenvolvimento e crescimento em todas as áreas do trabalho. O Estado forneceu o treinamento mínimo aos trabalhadores e em troca criou uma reserva de pessoas para suprir o mercado de trabalho. Observamos aí a precarização do trabalho evidente dos atendentes através da realização de tarefas de cunho manual visando fundamentalmente diminuir os custos da mão - de - obra hospitalar.

Atualmente, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen (2018), o Brasil conta com 418.812 Auxiliares de Enfermagem, 1.123.728 Técnicos de Enfermagem, 487.639 Enfermeiros e 372 Obstetrias. Atualmente, os profissionais de enfermagem somam ao todo mais de 2 milhões de trabalhadores com inscrições no conselho de classe, o que implica em dizer que são reconhecidos profissionalmente e podem exercer suas atividades assistências segundo sua categoria, a qual é orientada formalmente conforme o grau de escolaridade.

### 1.3 O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

Segundo Marx, (2018) o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, ou seja é um processo de intervenção do homem na natureza. O homem põe em movimento a sua força corporal, por meio de ações realizadas com seus braços e pernas, cabeça e mãos para se apropriar da matéria da natureza e transformá-la em um bem material, ou em serviço, disponível ao seu próprio uso ou à outrem. Neste sentido pode se dizer que o trabalho é uma necessidade do ser humano. Esta necessidade está relacionada à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico, necessárias à sobrevivência.

. O processo de trabalho deve ser pensado de forma abrangente considerando as relações de poder, a estrutura organizacional, a hierarquia e a cultura da instituição. (PIRES, GELBECLKE, MATOS 2004). A organização do trabalho na enfermagem não é neutra, pois está relacionada com dimensões macro e microsociais que se expressam nas relações entre os profissionais da equipe, nas suas relações com os usuários dos serviços de saúde, com os outros profissionais de saúde ou grupos de trabalhadores da instituição. As questões éticas morais, hierárquicas, o conhecimento técnico e as tecnologias aplicadas ao tratamento, à divisão do trabalho o modelo de gestão da instituição e a relação com outras instituições de saúde também são questões relacionadas ao processo de trabalho na enfermagem (PIRES, GELBECLKE, MATOS 2004).

O processo de trabalho na enfermagem constituído sob a divisão técnica basea – se em: a) Assistir, (cuidar) tendo como agentes desse trabalho o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira; b) Administrar, (gerenciamento) tem como agente o enfermeiro, esse profissional domina os métodos empregados nesse processo, que são o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria; c) Ensinar (formação) esse trabalho tem dois agentes o aluno e o professor de enfermagem, o objeto são os indivíduos que querem se tornar profissionais de enfermagem ou aqueles que, já sendo profissionais, querem continuar a se desenvolver profissionalmente; d) Pesquisa também tem como agente exclusivo o enfermeiro, porque apenas esse profissional de enfermagem tem formação em Metodologia de Pesquisa Científica. Para tanto, ele aprende métodos quantitativos e qualitativos da pesquisa e emprega o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos; e) Participação política o objeto da participação política, é constituído pela força de trabalho em enfermagem e

sua representatividade social, que tem nas entidades de classe sua concretização. Assim Sanna, (2007) pesquisadora e Membro do GEPAG – Grupo de Pesquisa sobre Administração em Saúde e Pesquisa em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo descreve o processo de trabalho na enfermagem sustentado por esses pilares.

Os serviços de enfermagem não produzem bens materiais, como uma peça, uma engrenagem de automóvel, mas sim um bem imaterial que é a saúde. Porém, acompanhando a evolução da sociedade capitalista a enfermagem organizou seus serviços baseando-se na lógica do trabalho fabril, obedecendo hierarquias, cumprindo horários cronometrados rigidamente e sob supervisão, evidenciando-se assim o modelo taylorismo-fordismo (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004). Pereira e Ramos (2006) também ao pesquisar sobre a formação de nível médio para a enfermagem referem que em 1966, ano da autorização de abertura dos cursos Técnicos de Enfermagem, o trabalho nesta área seguia tipicamente o modelo taylorismo-fordismo. Almeida e Rocha corroboram com Ramos ao dizer que “o processo de trabalho na enfermagem apresenta características da divisão técnica do trabalho no qual a prática é parcelada em tarefas procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também a execução parcelada a diferentes agentes”.(ALMEIDA e ROCHA, 1986, p. 70)

O setor industrial impulsionou o modo de produção capitalista a nível global e o modo de organizar o trabalho nas indústrias influenciou outros segmentos da economia, como o setor de serviços, incluindo o setor saúde. Para compreender o modelo de organização do processo de trabalho na enfermagem na lógica do modelo taylorismo-fordismo é necessário um maior detalhamento sobre esse modo de gerenciamento ou de administração. Segundo Wood, Jr.(1992) o início do ciclo de produção capitalista caracterizou-se pela separação do trabalhador dos meios de produção. Mas foi o surgimento das grandes fábricas e das linhas de montagem do setor automobilístico que aceleraram as mudanças, alterando radicalmente os sistemas organizacionais do labor. A produção de automóveis diferente de outras indústrias que haviam substituído o trabalho vivo pelo trabalho morto com a introdução das máquinas dependia do trabalho vivo para a expansão do seu capital. Assim tornou-se fundamental o controle dos corpos e da mente. Frederick Winslow Taylor, um engenheiro americano, nascido em 1856, foi quem desenvolveu uma série de princípios práticos baseados na separação entre trabalho mental e físico no controle rígido dos corpos e mente e na fragmentação das tarefas a fim de aumentar a produção o que efetivamente ocorreu.

No final do século XIX os custos com a força de trabalho das indústrias automobilísticas era alta devido a especialização desses operários e isso refletia na venda dos carros os quais eram caros, só os ricos podiam comprar. Henry Ford nascido em Detroit, nos Estados Unidos, também engenheiro fundador da Ford Motor Company almejando melhorias financeiras, introduziu seus conceitos de produção, conseguindo com isto reduzir dramaticamente custos e melhorar a qualidade. Esses conceitos eram basicamente a produção em massa, simplificação das ações, e o intercambio na linha de montagem. Essas mudanças reduziram o esforço humano no processo de montagem, o que não ocorria no sistema de produção manual. O trabalhador da linha de montagem passava a executar apenas uma tarefa, ou seja, parcelou o trabalho e isso reduziu os custos em relação ao montante produzido (WOOD, JR., 1992).

A fusão dos métodos gerenciais de Taylor e Ford resultou no surgimento de uma nova força de trabalho caracterizada pelas perdas das habilidades manuais, pelo trabalho parcelado e pelo aumento extraordinário da produção. O trabalhador com esses métodos gerenciais são vistos pelo sistema capitalista como parte da engrenagem da maquina. Nesta lógica, Pires, Gelbecke e Matos (2004) observaram em pesquisa realizada em um hospital da região sul do país, que o processo de trabalho na enfermagem traz características de alguns modelos de gerenciamento. Vamos detalhar a Escola Clássica de Administração e o Toyotismo.

A Escola Clássica da Administração, fundamenta-se na Teoria Científica da Administração, que surge como uma ideia de organização das indústrias, mediante a eliminação de métodos decisórios empíricos, tendo como objetivo o desenvolvimento do trabalho com base na eficiência técnica. Frederick Winslow Taylor foi o criador e participante mais destacado do movimento da administração científica. A característica mais relevante da Teoria Científica é a Organização Racional do Trabalho - ORT, que tem como base: a análise do trabalho e do estudo dos tempos e movimentos, o estudo da fadiga do trabalhador, a divisão do trabalho e especialização do operário, definição de cargos e tarefas, incentivos salariais e prêmios por produção, o conceito de trabalhador econômico, condições ambientais de trabalho e padronização das ações. No entanto, a teoria científica sofreu críticas porque considerava que o trabalho era mecanicista, reduzia o operário a uma peça da máquina, não considerava o trabalhador dotado de capacidades intelectuais, as características são tarefas realizadas sob prescrição, normas e padronização e pouca flexibilidade. (VELOSO, 2015).

A Escola Clássica tem como idealizador Henri Fayol. A teoria da Escola Clássica consiste em melhorar o processo de trabalho no chão da fábrica e também no que se refere à administração de um modo geral. Seu principal foco consistia na divisão interorganizacional, considerando seis funções básicas da empresa, sendo elas: funções técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, contábeis e administrativas. Esse método possibilita o controle da organização como um e não só da execução das tarefas. (VELOSO, 2015)

Fayol buscou aprimorar a gestão do conhecimento dentro da organização, e, para isso, desenvolveu princípios que serviram de base para administração das empresas a nível mundial. Os princípios são: divisão do trabalho e especialização para todos, gerentes e operários, equilíbrio entre autoridade e responsabilidade, obediência às normas da organização, os interesses gerais prevalecem sobre os individuais, concentração do poder no topo da hierarquia, hierarquia gerencial, redução de gastos.

A escola clássica sofreu críticas em relação: ausência de trabalhos experimentais, abordagem incompleta e simplificada da organização, racionalidade na concepção da administração assimilação da organização com a máquina. Apesar das críticas Fayol defendia a ideia de que esses métodos de gerenciamento poderiam ser ensinados nas escolas (VELOSO, 2015).

O toyotismo surge a partir de uma análise realizada por Eiji Toyoda e Taiichi Ohno, nas fabricas de automóveis da Ford em Detroit. Após essa análise constataram que havia poucas possibilidades de adotar o modelo de Ford em suas fábricas no Japão. Desta reflexão, nasceu o que ficou conhecido por Sistema Toyota de Produção, ou Produção Flexível. Junto com ele também nasceu fábrica da Toyota, a mais eficiente empresa automobilística conhecida até hoje. (WOOD, JR.1992) A produção em massa não era o que buscavam, pelos menos não da forma como era executada. As limitações ambientais no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, levou Eiji Toyoda e Taiichi a desenvolverem uma série de inovações técnicas que possibilitou a redução no tempo necessário para alteração dos equipamentos de moldagem das peças e consequentemente houve redução de gastos. Com esse processo de moldagem podia também detectar erros antes de concluir todo o processo de trabalho, o que implicaria na melhoria da qualidade.

Os problemas econômicos após a segunda “Grande Guerra” levaram a fábrica da Toyota a dispensar grande parte de seus funcionários, tendo como consequência o afastamento do presidente da empresa e a construção de um novo modelo de relação

entre capital e a força de trabalho. Esse novo modelo tinha como características: o emprego vitalício, promoções por critérios de antiguidade e participação nos lucros da empresa. Foi implementado o modo de gerenciar que se baseou na constituição de um líder para cada grupo de trabalho, responsabilidades específicas sobre uma série de tarefas, inspeção da qualidade e discussão em grupo.

Outro ponto relevante foi que a Toyota organizou seus principais fornecedores em grupos funcionais que, por sua vez, adotavam o mesmo critério com os seus respectivos subfornecedores formando, assim, uma estrutura piramidal. Nesta lógica conseguiam abranger todo o sistema produtivo da matéria prima ao mercado consumidor. Esse modelo de gerência ainda desenvolveu métodos para a redução dos estoques intermediários. Remove, por isso, as seguranças, e obriga cada membro do processo produtivo a antecipar os problemas e evitar que ocorram. (WOOD, JR.1992)

O modelo de organizar o trabalho baseado no toyotismo contribuiu pra grandes mudanças no mundo da produção e acumulação do capital. O toyotismo segundo Alves, é a expressão plena de uma ofensiva do capital na produção, na verdade ele é um dispositivo organizacional e ideológica que busca debilitar ( e anular) ou “negar” o caráter antagônico do trabalho no seio da produção do capital. No Brasil esse impulso ideológico do toyotismo atingiu o empreedimentismo capitalista no bojo do complexo de reestruturação capitalista e do ajuste neoliberal propiciado pelos governos Collor e Cardoso. (ALVES, 2004)

Os novos valores sociais impostos pelo capital baseado no consumo de bens materiais modificam o significado do trabalho sendo este objeto de estudos e análise. Neste contexto a necessidade de acompanhar as transformações sociais e econômicas a enfermagem fundamenta a organização do trabalho nos modelos de administração os quais vem ao encontro da realidade na sociedade capitalista.

Segundo Matos e Pires (2006) organização do trabalho na enfermagem absorveu da Escola Clássica, a divisão do trabalho em níveis hierárquicos, fragmentação do trabalho, a avaliação do desempenho mediante ao montante de tarefas realizadas, a rigidez de horários com tempo cronometrado. Já a influência do modelo toyotista no processo de trabalho na enfermagem se expressa na busca pela qualidade total, na eficiência, na satisfação do paciente, na rotatividade dos profissionais entre os diferentes locais/setores de trabalho evitando assim lacunas nos setores com déficit de funcionários e ociosidade nos setores onde o quadro funcionários é excedente. Adota-se,



também, a responsabilização do trabalhador, o qual deve ‘vestir a camisa’ da instituição, no sentido de comprometer-se integralmente com a mesma.

Souza (2016) ao pesquisar a realidade do cotidiano do trabalho na enfermagem, em hospitais públicos e privados na cidade de São Paulo o autor analisa o trabalho da enfermagem sob os modelos de administração taylorista/fordista e também no toyotismo, afirma que são modelos distintos de organizar o trabalho. O primeiro segue um modelo rígido, vertical, caracterizado pela hierarquia e pelo controle da gerência. O segundo modelo é caracterizado pela flexibilização e horizontalização. Souza encontrou semelhança do toyotismo no modo de organização do trabalho na enfermagem nos seguintes aspectos: nos métodos semelhantes ao *Kanban* e ao *Kaizen*. Para esclarecer; o *kanban* é um método formulado pela Toyota que tem como objetivo controlar o movimento de materiais entre os centros de trabalho, busca também o controle da produção de novos materiais visando sempre à reposição imediata, usando apenas sinais visuais simples como cartões de informações (SCHIMIDT, LIPPERT, PACHECO, 2015). *Kaizen* é uma estratégia focada em esforços continuados na busca de melhorias, envolvendo trabalho em equipes onde participam pessoas de toda a organização desde a alta gerência até operadores, sem distinção (FERREIRA, 2009).

Tais métodos foram identificados no trabalho de enfermagem segundo Souza, no sistema de classificação de riscos onde são usados cartões coloridos para identificação de prioridades de atendimentos. A cor vermelha indica um imediato atendimento, pois sinaliza risco de morte, a cor amarela corresponde ao mediato atendimento não podendo demorar mais do que quinze minutos, sinaliza também risco de morte, a cor verde corresponde a urgência, porém sem risco de morte e a cor azul sinaliza casos com menor urgências.(BRASIL, 2009). Importante saber que o Ministério da Saúde adotou esse sistema de classificação nos serviços de acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde do SUS. Outra semelhança do toyotismo encontrada por Souza nos serviços de enfermagem foi a realização de reuniões de grupo nas quais são discutidos os problemas relacionados com a qualidade do trabalho em geral. Essa qualidade, segundo o autor, refere-se a previsibilidade para evitar cometer erros. As possibilidades de erros são trabalhadas previamente.

O que se observa nestes debates é que os profissionais de enfermagem fazem parte da totalidade dos trabalhadores em geral, os quais vivem sob o jugo do capitalismo e conseqüentemente se submetem ao processo de trabalho imposto pelo sistema, se adequando as instituições privadas ou públicas. Concordamos com Pires, Gelbcke e

Matos (2004), quando nos falamos do domínio do capitalismo sobre a forma de organização do trabalho e no controle da produtividade. Conforme as autoras explicitam:

A manufatura estabelece uma nova forma de produção que expropria dos trabalhadores o domínio sobre o seu processo de trabalho e coloca a concepção do trabalho, a gerência do processo, as decisões sobre a organização e o preço do produto nas mãos dos proprietários dos meios de produção e dos gerentes, os quais assumem o controle da produtividade do trabalho. (PIRES, MATOS e PIRES, 2006 p. 314)

Concordamos com Souza quando ele diz que os profissionais da enfermagem não estão totalmente condicionados ao trabalho mecânico e robotizado como preconiza o modelo taylorista-fordista. É bem verdade que os profissionais de enfermagem usam de suas faculdades intelectuais, da técnica e do conhecimento teórico para aplicar nos cuidados de acordo com o estado do paciente, porém observa na legislação vigente do conselho de classe a imposição do cumprimento da hierarquia, e a divisão técnica do trabalho que atribui formalmente atividades simples e complexas de acordo com o nível de escolaridade. Aos enfermeiros e técnicos é destinado o trabalho complexo em grau variável e aos auxiliares o trabalho simples. É pertinente compreender o que é trabalho simples e complexo, na concepção do materialismo dialético de Marx: trabalho simples é aquele que não necessita de grande investimento intelectual, ou seja, de muito tempo de estudo, basta ao trabalhador a compreensão e a agilidade para realizar as tarefas a ele designadas. O trabalho complexo vai exigir do profissional maior investimento intelectual e, conseqüentemente, maior tempo de estudos e formação (LIMA, 2016).

No Art. 10 do decreto n. 94.406/87, que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, está descrito que o planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem fazem parte das atribuições do Técnico de Enfermagem. No entanto, o que se presencia é um acúmulo de tarefas, um grande número de pacientes a serem atendidos e o fazer é priorizado em detrimento a um trabalho subjetivo, participativo. Isto foi observado nas pesquisas realizadas por Pires, Gelbck e Matos (2004). Entendemos que os profissionais de nível médio são prejudicados quanto ao critério do conselho de enfermagem, pois, desde que a figura do Atendente de Enfermagem foi extinta, as ações elementares foram direcionadas também aos Técnicos, sobrecarregando e absorvendo o tempo que poderia ser usado para ações mais específicas como, por exemplo, fazer parte das ações de planejamento e sistematização dos serviços de enfermagem, as quais também estão descritas no

conselho. Neste sentido o técnico de enfermagem passa a ser a ponte que liga o fazer e o pensar, que em certa medida o fazer adquire com as determinações do trabalho no sistema capitalista caráter de subserviência.

#### 1.4 O TRABALHO PARCELADO NA ENFERMAGEM

O evento da divisão social e técnica nos serviços de enfermagem teve como consequência o parcelamento dos cuidados prestados aos pacientes. O trabalho intelectual como o gerenciamento e as ações complexas ficou a cargo do profissional graduado, enfermeira (o); o trabalho manual é destinado aos profissionais de nível médio, particularmente ao auxiliar de enfermagem. Segundo Almeida e Rocha (1986) o trabalho manual/trabalho intelectual não devem ser analisados tomando como base critérios superficiais de ordem biofisiológica, como por exemplo, colocando em questão nos que trabalham os que colocam a “mão na massa” e os que “trabalham com a cabeça”.

É importante compreender que não é o trabalho em si que vai determinar o parcelamento do trabalho também na enfermagem, mas a determinação das classes e das relações sociais que são estabelecidas entre si, e, que garantem superestruturalmente a produção das relações de produção no núcleo da infraestrutura. No sistema capitalista essas relações em geral se constituem em relação de poder e subordinação (ALMEIDA e ROCHA, 1986). Para exemplificar a evidente divisão técnica do trabalho em enfermagem, um mesmo paciente é cuidado (atendido) até por três profissionais de enfermagem distintos um do outro. Ao chegar à unidade de internação, a depender do estado do paciente, este será acolhido pelo Auxiliar/Técnico de enfermagem, que inicia os cuidados pela prescrição médica e orientações pertinentes a essa prescrição, e, posteriormente recebe a visita do enfermeiro para complementar a acolhida na unidade. Ocorre também, a depender do estado do paciente, o inverso: a acolhida na unidade ser realizada pelo enfermeiro devido a gravidade do mesmo e ter como início do tratamento procedimentos complexos e invasivos que são atividades atribuídas ao enfermeiro. Geralmente essas ocorrências fazem parte do cotidiano das UTIs e Urgências/Emergências, onde todos da equipe seguem os protocolos destinados a essas ocorrências. Atualmente os serviços de enfermagem privado/ público adotou a acolhida do paciente e a classificação de risco na porta de entrada das instituições de saúde, como atividade privativa do enfermeiro.

Os protocolos usados em todas as unidades das instituições hospitalares têm o objetivo de efetivar o trabalho e sistematizar os cuidados visando obtenção de resultados que irão influenciar na terapêutica e reabilitação do paciente. Entende-se como protocolo a,

descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos (COREN-SP, 2017, p. 11).

Segundo o Coren-SP (2017) os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis para a realização dos cuidados. Protocolos também estão relacionados com descrições minuciosas da execução de um cuidado de enfermagem direto, que é a assistência ao paciente ou indireto, que são as tarefas que complementam a assistência como, por exemplo, a organização das unidades de serviço. Consiste ainda no detalhamento, isto é, os passos a serem seguidos no processo de execução dos cuidados e os materiais a serem utilizados.

A enfermeira (o) e os demais profissionais de enfermagem são dois polos dentro do processo de trabalho. Segundo Almeida e Rocha (1986), estes profissionais não devem ser caracterizados pelo trabalho manual ou intelectual, uma vez que em todo trabalho manual existe uma parcela de saber e em todo trabalho intelectual há um esforço, se não físico, mas mental. Gramsci explica:

O erro metodológico mais difundido, ao que me parece, é ter buscado este critério de distinção no que é intrínseco às atividades intelectuais, em vez de buscá-lo no conjunto do sistema de relações no qual estas atividades (e, portanto, os grupos que as personificam) se encontram no conjunto geral das relações sociais. Na verdade, o operário ou proletário, por exemplo, não se caracteriza especificamente pelo trabalho manual ou instrumental, mas por este trabalho em determinadas condições e em determinadas relações sociais (sem falar no fato de que não existe trabalho puramente físico, e de que mesmo a expressão de Taylor, do “gorila amestrado” é uma metáfora para indicar um limite numa certa direção: em qualquer trabalho físico, mesmo no mais mecânico e degradado, existe um mínimo de qualificação técnica, isto é, um mínimo de atividade intelectual criadora) (GRAMSCI, 2001 p. 18).

O trabalho parcelado na enfermagem, explica Quirino e Collet (2009), tem como objetivo fixar o trabalhador em alguma etapa do processo terapêutico. Assim como no

trabalho fabril, o trabalho parcelado na enfermagem aliena o trabalhador. Os cuidados são realizados por várias pessoas. Neste sentido, a interação com o resultado final não é percebida por todos. As autoras fazem essa constatação mediante pesquisa exploratória realizada em um hospital filantrópico do Estado de Pernambuco por meio de entrevista semi-estruturada. As autoras partem da observação que, se na perspectiva marxista o trabalho humano é um processo de produção e reprodução do homem social, determinado historicamente por meio da produção de bens e serviços, em algum momento o homem (paciente) se tornará o objeto de trabalho na enfermagem, pois entendem as autoras que ele (paciente) é a matéria sobre qual o trabalho será realizado.

Neste sentido entendemos que o trabalho parcelado na enfermagem é sobre tudo consequência de um processo típico do sistema capitalista. Interessa para o processo produtivo o trabalhador que lhe é menos oneroso assim, como explica Almeida e Rocha ao citar Rezende (1961): “se o auxiliar, tal como esta sendo preparado, esta prestando bons cuidados de enfermagem sob supervisão da enfermeira, por que formar enfermeira para esses mesmos cuidados” (Almeida e Rocha, 1986, p.83). Para as autoras a enfermeira tem muitos outros afazeres de grau mais elevado, quando necessário ela presta cuidados diretos ao paciente grave, mas a sua função na hierarquia é a gerencia, coordenação, formação de outros profissionais, como esta no descrito no Cofen.

Na sociedade capitalista para efetivar a hierarquia de uma profissão é necessário à formação de intelectuais orgânicos a fim de organizar o trabalho. Pensando que o trabalho manual é uma manifestação específica da dualidade social, inerente ao modo de produção capitalista, haverá sempre trabalho manual e trabalho intelectual na hierarquia das profissões. Neste sentido podemos compreender quando GRAMSCI fala dos intelectuais. “por isso seria possível dizer que todos os homens são intelectuais, mas nem todos têm na sociedade a função de intelectual” (GRAMSCI, 2001, p. 18). O filósofo falava sobre a formação das categorias especializadas para exercer a função de intelectual. No sistema capitalista no campo da enfermagem tanto os intelectuais (enfermeiros, gerentes, coordenadores e supervisores) como proletários (auxiliares e técnicos de enfermagem) constituem-se em uma equipe de trabalho e todos estão sujeitos às prescrições do capital.

## **CAPÍTULO 2 - PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: enfermagem em foco**

A precarização nas relações de trabalho é um fato no sistema capitalista, principalmente a partir da reestruturação produtiva que ocorre desde a segunda metade do século XX. Segundo Alves e Antunes (2004) a reestruturação produtiva influenciou a desregulamentação nas relações de trabalho, reduzindo os trabalhadores que laboravam sob a lógica do taylorismo/fordismo, em contra partida houve o aumento do trabalho flexível caracterizado pela perda de direitos trabalhistas. Outras características da reestruturação produtiva diz respeito a redução dos trabalhadores no setor de serviços, as terceirizações, o aumento do trabalho feminino, a exclusão de jovens do mundo do trabalho junto com essas formas de trabalho a reestruturação produtiva prioriza os trabalhadores “polivalente e multifuncional” da era toyotista.

Os pesquisadores referem que não só o trabalho que produz mais-valia que esta diretamente ligado à produção de bens materiais, como também o caso do trabalho em serviços, sejam no domínio público ou privado ambos são alvos da precarização do trabalho e os trabalhadores vivem da venda da sua força de trabalho sendo uma mercadoria que é trocada pelo salário. Ricardo Antunes aponta o trabalho como mercadoria de troca nos serviços nos seguintes termos:

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência e outros, experimentam um significativo processo de reestruturação subordinando-se à máxima da mercadorização que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público. Tornaram-se importantes empresas privadas geradoras de valor (Antunes, 2010, p. 14).

No que se refere aos trabalhadores na enfermagem, segundo Biff (2016), fazem parte do universo produtivo de serviços que pertencem ao setor terciário da economia. Antunes e Praun (2015) nos fazem entender que os trabalhadores que pertencem ao setor de serviços são essenciais no processo reprodutivo do sistema capitalista e também vivenciam situações experimentadas pelos trabalhadores produtivos, ou seja, pelos trabalhadores que produzem mais-valia. Neste sentido, compreendemos que os trabalhadores na enfermagem também estão sujeitos a todas as vicissitudes que o sistema capitalista impõe atingindo todas as categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares.

## 2.1 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E PRECARIIDADE SOCIAL

Para melhor compreensão dos termos “precarização” e “precariedade”, é necessário que tenhamos bem definido o significado de cada um no contexto social e econômico no sistema capitalista.

Desde que o trabalho passou a ser produto de compra e venda, houve a necessidade de leis que mediassem a sua oferta e procura, objetivando uma relação regulada entre os atores que fazem parte dessa dinâmica. Apesar das leis cumprirem esse propósito, houve no decorrer da história vários embates entre os protagonistas que reivindicavam os direitos da classe em desvantagem, ou seja, da classe trabalhadora. Esses movimentos reivindicavam condições dignas de trabalho, tempo de descanso, remuneração, e outras questões relacionadas à degradação do trabalho e do trabalhador. Segundo Alves (2007), a precarização instalada no processo de trabalho no sistema capitalista é resultante da precariedade social, construída historicamente pelo trabalho assalariado.

O autor apresenta três formas que determinam precarização e precariedade nas relações do trabalho essas determinações são: a histórico-ontológica, sócio-institucional, e histórico-genética e estão ligadas com o movimento do capital. A determinação histórico- ontológica refere-se a forma social que o capital assume, transformando toda a produção em mercadoria e esta por sua vez em dinheiro esta determinação é a expressão concreta do trabalho vivo e as formas de resistência a voracidade do capital. As formas políticas - institucional busca exercer um certo controle sobre as leis do mercado criando uma nova forma de Estado político que tem como objetivo garantir direitos sócias e políticos à classe trabalhadora. Na determinação histórica o capital, cria e reproduz a divisão entre os produtores e suas condições de trabalho. Em um nível mais geral podemos compreender o processo sócio histórico como o movimento do capital, do “valor que se auto-expande”, em seu processo contraditório, tende a incrementar um complexo de inovações sociais, políticas, tecnológicas e culturais. A determinação histórico- genético refere-se a condição genérica do capital que se traduz na expropriação,/apropriação e/exploração do trabalho vivo (ALVES, 2007).

Ainda segundo Alves, a precarização é um processo histórico complexo e desigual determinado pelas lutas de classes e pelas forças políticas entre capital e trabalho, caracterizado pela perda de direitos da classe trabalhadora. Este processo atinge o ápice

da organização do trabalho, ou seja, as leis, expressas no poder do Estado que mediam empresas públicas ou privadas, e o trabalhador na compra e venda da força de seu trabalho.

A precariedade, nos termos do pesquisador, é a condição social vivenciada pela classe trabalhadora. Neste sentido consideramos que a precariedade social é consequência da precarização do trabalho, evidenciada nas mais diferentes formas, que vai desde a desvalorização do trabalhador, condições insalubres de trabalho, trabalho infantil, baixos salários, terceirizações, competição extrema caracterizada em desenvolvimento das competências até danos na saúde física e mental.

Alves e Antunes (2004) apontam a precarização ainda mais agudizada, brutal e desumana nos estratos sociais onde as pessoas são excluídas do mundo do trabalho, colocados à margem e expropriados de sua dignidade e cidadania. Neste sentido, entendemos que precarização e precariedade são condições de causa e efeito, pois onde se instala a precarização, a precariedade é consequência que pode ser observada na alienação e na anulação da subjetividade do ser humano, enquanto homem e em quanto ser social.

A respeito da falta de trabalho, Antunes (2005) explicita que a partir dos anos 1970, tentando recuperar a sua expansão, o capitalismo inicia um processo de reestruturação produtiva, o que resulta na ampliação da destruição da natureza, do meio ambiente e da força humana. Como consequência desse processo, segundo o autor, elevaram-se os níveis de desempregados, evidenciando assim a precarização em grandes contingentes excluídos do mundo do trabalho.

Uma das maiores causas de precariedade social é o desemprego. Essa questão é uma realidade vivenciada em todos os setores de trabalho de forma globalizada, e generalizada. Há um excedente de pessoas com formação superior e especializações que estão fora do mercado de trabalho ou desenvolvendo outras funções que não condizem com sua formação, ou ainda aceitando trabalhos precarizados se submetendo a baixos salários, jornadas irregulares e locais de trabalho insalubres (ALVES e ANTUNES, 2004).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa - IBGE que confirmam a precarização do trabalho em forma de desemprego pode se observar que, de 2014 para 2017, foram quase 6,5 milhões de desempregados a mais, apresentando um aumento de 96,2%, chegando a 13,2 milhões de pessoas desempregadas. Durante esses três anos, o país perdeu muitos postos de trabalho, sobretudo o trabalho formal,



com carteira assinada. (LAMEIRAS et.al, 2018) Essas informações constataam a fala de Alves, sobre o excedente da força de trabalho.

No campo da enfermagem, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2013 por iniciativa do Cofen, apontava para um cenário precarizado: 65,9% dos entrevistados disseram encontrar dificuldades em conseguir trabalho e 10,1% estavam em franco desemprego. (COFEN, 2013) Esta pesquisa, foi ampla, teve como objetivo gerar dados confiáveis que permitissem avaliar a situação da profissão e propor mudanças. Seus resultados já subsidiavam projetos de lei e propostas de políticas públicas, como os projetos da Lei do Descanso (PLS 597/2015) e da Proibição do Ensino à Distância na formação de profissionais de Enfermagem (PL 2891/2015).

No entanto no sistema capitalista os trabalhadores excluídos do mundo do labor não são considerados supérfluos possuem importante função social que é, segundo Alves “constituir em suas múltiplas impressões midiáticas o sócio – metabolismo da barbárie” (ALVES, 2007, p. 127) neste sentido o excedente da força de trabalho contribui para baixar os salários dos que estão empregados, assim a precarização e a precariedade andam juntas.

## 2.2 A ENFERMAGEM SUBORDINADA À MEDICINA ANTES DA CRIAÇÃO DOS CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE ENFERMAGEM

A subordinação do trabalho da enfermagem à classe médica se dá em decorrência do processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência em saúde e da classe médica como representante legítima desses conhecimentos (Pires, 1989) A divisão social reproduziu dois polos de saberes em saúde: de um lado a classe médica vindo de um ensino elitizado, de outro a enfermagem proveniente da classe menos favorecida, com raras exceções. A polarização do ensino fica evidente quando Pires nos relata como se dava a formação dos médicos nas primeiras Escolas de Medicina, que usavam as dependências das Santas Casas para atividade prática e alojamento:

Além disso, os médicos professores e os alunos de medicina já entram na instituição amparada pelo governo e em situação privilegiada em relação aos demais. Os professores, seus auxiliares e alunos tomam para si o poder de decidir sobre o diagnóstico e a terapêutica a ser implementada com os doentes, delegando às irmãs de caridade da Santa Casa a tarefa de administrar os medicamentos prescritos (PIRES, 1989, p. 99).

Arelado a esse fator estava a questão da demora em formular leis que efetivamente legitimassem a profissão como independente. Encontramos registros em documentos como no decreto 15.230, de 31 de dezembro de 1921, o qual expressa que foi regulamentado o Serviço de Saúde do Exército em tempos de paz, e elegia o médico como responsável pelo funcionamento das instituições hospitalares e aos seus comandos estavam os enfermeiros, os maqueiros e outros auxiliares, os quais foram incluídos como parte do pessoal subalterno. No Art. 4, a respeito da gerência das instituições hospitalares da época, no Exército, fica explícito: “A direcção de todos os estabelecimentos, em que há doentes em tratamento, pertence sempre a um médico, o mais graduado dos que servem no estabelecimento”. No Art. 21 a subordinação é enfatizada com a seguinte redação; “O pessoal subalterno do Serviço de Saúde em tempo de paz se compõe: dos enfermeiros e padioleiros militares, cujos quadros são previstos nos diferentes capítulos deste Regulamento”. (BRASIL, 1921) Esse decreto se dirigia aos serviços de saúde do Exército. É um documento extenso e observa em seu interior uma rígida hierarquia própria das Forças Armadas, mas sem deixar de evidenciar a subordinação de um profissional pelo outro.

Outro documento que veio colocar a enfermagem como profissão subordinada à medicina foi o Decreto de nº 16.300, de 31/12/1923, o qual regulamentava o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Neste documento ficava expresso no TITULO VI, capítulo I, que os serviços de enfermagem ficariam sob a Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina nos seguintes termos: “A fiscalização do exercício profissional dos médicos, pharmaceuticos, dentistas, parteiras, maçagistas, enfermeiros e optometristas será exercida pelo Departamento Nacional de Saúde Publica, por intermédio da Inspectoria de Fiscalização do Exercício da Medicina” (BRASIL, 1923).

Este decreto regulava vários serviços como as creches, asilos, escolas de enfermagem, formulação de concurso para a área da saúde pública, os serviços de profilaxia do câncer, da lepra e entre outros serviços (BRASIL, 1923). A enfermagem sem um órgão próprio para normatização de suas ações ficou então vinculada à categoria dos médicos, não um vínculo de igualdade, mas de subordinação às suas ordens.

Em 1931 o governo Vargas, através do Decreto 20.109, de 15 de junho, regula o exercício da enfermagem no Brasil. O documento era direcionado a autonomia dos cursos, e do gerenciamento das Escolas de Enfermagem as quais deveriam ser

administradas por enfermeiras, sobre a autonomia dos serviços e ações não contava nesse documento nenhuma menção a esse respeito (BRASIL, 1931). No ano seguinte, outro documento manteve a fiscalização dos serviços de enfermagem e das parteiras juntamente com os demais serviços de saúde como: o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e farmacêutico. Neste Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, o que chama a atenção é uma pequena autonomia a respeito das ações das parteiras e enfermeiras obstétricas, estas podiam assistir o binômio mãe/bebê fora do ambiente hospitalar, em situação de normalidade.(BRASIL,1932) No entanto, proibia qualquer assistência em suas residências e também a abertura de consultórios de enfermagem e parteiras. Neste documento ainda era visível a autonomia médica no sentido de controlar os demais serviços de saúde. Percebe-se também que cada vez mais a opção por institucionalizar os doentes, principalmente no que se refere aos doentes mentais, pois estes, tal como passado incomodam a sociedade burguesa da época.

Em 1949 ocorreu um avanço no sentido de ser reconhecida a capacidade do enfermeiro (a) de dirigir os serviços da equipe de enfermagem, definido no Art.21 da Lei 775, de 06 de agosto daquele ano, com os seguintes termos: “As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos após a publicação desta Lei, não poderão contratar para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados” (BRASIL, 1949). Essa lei regulamentava a abertura dos cursos superior e auxiliar de enfermagem, e, aproveitando as prerrogativas inseriu no seu contexto a autonomia do enfermeiro em relação à governança dos serviços em instituições hospitalares, o que já era um significativo passo para a classe que podia então organizar o trabalho a partir de seus próprios métodos.

A enfermagem passa a gerenciar seus serviços de forma autônoma somente em 1955 de acordo com a Lei 2.604, de 17 de setembro, como previa a lei anterior e ficava explícito neste documento as atribuições e competências do enfermeiro(a) que, na íntegra, se refere a: a) direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, b) participação do ensino em escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem; c) direção de escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem; d) participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem (BRASIL, 1955). Essas atribuições foram estendidas de igual forma às obstetritzés. No que se refere à fiscalização do exercício da profissão de enfermagem, esta ainda ficou destinada à classe médica, como podemos observar no Art. 9 da referida lei:

Ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde, cabe fiscalizar, em todo o território nacional, diretamente ou por intermédio das repartições sanitárias correspondentes nos Estados e Territórios, tudo que se relacione com o exercício da enfermagem (BRASIL, 1955, art.9).

Apesar de ter autonomia para conduzir o trabalho e o ensino, a categoria de enfermagem ficava subordinada à classe médica no tocante à fiscalização do exercício legal da profissão. Em 1973 no governo do presidente Emílio G. Médici foi criado os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, constituindo assim um documento legal para a enfermagem em todos os aspectos. Os respectivos Conselhos constituem em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, e são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem (BRASIL, 1973).

Bellaguarda, Padilha, Pires (2015), ao pesquisarem sobre a importância da criação do Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina, afirmam, que no registro da Sociologia das Profissões,

Esta se organiza em torno de atividades e corpo teórico próprios (expertise/perícia esotérica), garantida por credenciais (ensino, normas regulamentadoras) que qualificam o trabalho e proporcionam autonomia. Uma profissão requer órgãos representativos, educação específica e formal, conhecimentos e práticas sistematizadas e prática orientada por preceitos éticos reconhecidos pelo Estado e pela sociedade (BELLAGUARDA, PADILHA, PIRES, 2015, p. 665).

Neste sentido, a criação dos conselhos de classe trouxe à profissão de enfermagem condições de responder pela qualidade de sua atividade e de garantir os regulamentos inerentes ao trabalho. No Brasil, o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão está regulamentado pela Constituição Federal, desde que satisfeitas as qualificações estabelecidas em leis específicas. Atualmente é a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da profissão de enfermagem em todo país, concedendo ao enfermeiro(a) o poder de organização, gerenciamento e de fiscalização do trabalho em todos os níveis de atenção a saúde onde atua uma equipe de enfermagem. (BRASIL, 1986)

Porém, ao sancionar a referida lei, segundo Lorenzetti (1987), o presidente Sarney vetou vários pontos importantes. Entre eles o Art.10 que referia que o enfermeiro poderia exercer de forma liberal e autônoma as suas funções, assim como organizar e avaliar os serviços de enfermagem. Este veto colocou em dúvida a autonomia do

enfermeiro sobre a execução dos serviços e da assistência de enfermagem sem a supervisão médica. Sobre as deficiências na formulação da Lei do Exercício Profissional e questionamentos sobre as competências do enfermeiro para dirigir e fiscalizar sua própria profissão, Lorenzetti explicita:

[...] a legislação que disciplina as condições e o papel de uma profissão e do próprio conjunto da sociedade, como a Constituição, é o resultado da situação objetiva das relações sociais e não o desejo ideal de um grupo ou de seus dirigentes. Ou seja, a Lei estabelece e disciplina situações dadas e não o contrário (LORENZETTI, 1987, p. 167).

Seguindo o raciocínio marxista, não é a lei, por si só, que conquistará as aspirações e as reivindicações de uma determinada categoria de trabalhadores, pois esta não pode suprimir a concretude da realidade social, cultural e econômica em que estão inseridos seus atores. A subordinação não nasce de um dia para o outro, mas é consequência das desigualdades sociais arraigadas desde o início da implantação dos serviços de saúde no Brasil.

### 2.3. A DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NA ÁREA DA ENFERMAGEM: PRECARIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA

Como observamos, o caminho percorrido pela enfermagem até a Lei do Exercício Profissional foi construído paulatinamente e com vários entraves até chegar ao consenso de uma lei que asseguraria autonomia à categoria. Neste caminho seguia a exploração da força de trabalho que atuavam nos serviços de saúde, relatado por Lima (2016) ao pesquisar sobre o trabalho nos serviços de saúde no mundo contemporâneo. O pesquisador refere que no início do século havia uma enfermagem caracterizada pela baixa escolarização e pela prevalência do trabalho feminino, o que efetivamente barateava os custos. Com a expansão e mercadorização dos serviços de saúde, a partir de meados dos anos 60 do século passado, e em decorrência de uma formação reduzida às práticas do fazer, a exploração da força de trabalho no setor saúde ganha força ao absorver o trabalho feminino. Esse evento beneficiou assim a burguesia <sup>12</sup> dos serviços de saúde. Conforme explicita Lima:

---

<sup>12</sup> A burguesia de serviços é um conceito de Boito Jr (1999), apropriado por Lima (2010) em sua Tese de Doutorado. Boito Jr, cunha esse termo para designar um setor da burguesia brasileira que a partir dos anos 1990, desenvolveu-se de forma inaudita com o advento do neoliberalismo no país, ligando-se principalmente à exploração dos serviços de saúde, educação e previdência privada. Para o autor, o crescimento dessa burguesia é um subproduto necessário da redução dos gastos públicos e dos direitos sociais (LIMA, 2010).

Na área da enfermagem a burguesia dos serviços de saúde encontrou uma massa de trabalhadoras disponíveis, principalmente mulheres, que se deslocaram para os grandes centros urbanos – Rio de Janeiro e São Paulo - em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Elas encontraram no setor Saúde uma alternativa rápida para conquistar um emprego e uma profissão; e os produtores privados de saúde, uma forma de baratear os custos da atenção à saúde usando um amplo contingente de profissionais de enfermagem com baixa qualificação e facilmente substituível, mas que precisava ser treinada (2016, p. 235).

O trabalho feminino atingiu 40% da força de trabalho em vários países em 2004, sendo absorvido pelo capital, principalmente por meio do trabalho desregulamentado. (ANTUNES e ALVES, 2004). Em 2017, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD C) relativos ao quarto trimestre desse mesmo ano comprovaram que havia no Brasil 40,2 milhões de trabalhadoras em situação de desigualdade em relação com os trabalhadores de sexo masculino em algumas áreas como, por exemplo, no que se refere à escolaridade a pesquisa aponta que as mulheres apresentavam um quantitativo de 24,3% com ensino superior completo. Já os homens correspondiam a 14,6%. Mesmo com esse diferencial, os rendimentos das mulheres eram 24,4% menores que os dos homens.

A referida pesquisa mostra também que a participação das mulheres supera a dos homens em algumas profissões culturalmente identificadas como “femininas” e associadas a menores salários, coincidindo assim com o que Lima (2016) falava a respeito da exploração do trabalho feminino em relação a menores salários para consolidação da burguesia dos serviços de saúde. A maior disparidade é encontrada na categoria dos empregados domésticos, na qual 92,3% são mulheres. As mulheres predominam também no magistério, na enfermagem e na assistência social. Segundo a pesquisa no setor da administração pública, defesa e seguridade social, educação, saúde e serviços sociais, a participação das mulheres (25,2%) era bem maior que a dos homens (10,9%) (IBGE, 2018)

Sobre a diferença de salário entre médicas e médicos no Brasil, não conseguimos tal informação. No entanto, o Jornal O Globo publicou em 11 de julho de 2016 uma pesquisa realizada nos Estados Unidos (EUA), cujo resultado foi divulgado pela revista científica *Journal of the American Medical Association (JAMA) Internal Medicine*. Ficou constatado que médicas que trabalham nas escolas de medicina públicas norte-americanas ganham cerca de US\$ 20 mil a menos que os homens por ano (G1, 2016).

Outra reportagem do mesmo jornal publicada em junho de 2018 complementa que, além de ganhar menos as mulheres ainda sofrem mais com o desemprego. A pesquisa mostra uma taxa de desocupação masculina de 11,6% e feminina de 15% enfatiza que as mulheres têm inserção de trabalho inferior aos homens, pois sempre foram ligadas aos cuidados da casa e dos filhos. A pesquisa revela que quando o mercado está aquecido, ele busca essas mulheres como uma mão-de-obra a mais, mas, quando há uma crise, o impacto é maior para elas (G1, 2018).

Consideramos, que a divisão sexual do trabalho propicia a desregulamentação e a precarização do trabalho. No que diz respeito aos rendimentos dos profissionais de enfermagem, estes são baseados no teto salarial de cada categoria, estabelecidos segundo o grau de formação, especialização e cargo a ser ocupado com diferenciação entre os Estados federados. (GUIA de CARREIRAS, 2018).

A desregulamentação do trabalho acontece em decorrência da flexibilização do mesmo e é caracterizado pelas diversas formas de contratos, diferentes do regimento das leis trabalhistas, o que significa que trabalho flexível é aquele formalizado sob contrato por tempo determinado, podendo ou não ser prorrogado, pode ser também por prestação de serviço temporário (BARALDI, CAR, 2008). Segundos as autoras, o trabalho flexível é identificado sob dois modelos: o Europeu, que tem como premissas a flexibilidade interna e gestão institucionalizada, sendo que a flexibilização interna defende a construção sistemática de grupos de trabalhadores institucionalizados qualificados, polivalentes, com capacidade de tomar decisões visando melhores salários e estabilidade. Na gestão institucionalizada, o caráter competitivo prevalece. Há redução de carga horária visando a absorção de um maior número de trabalhadores e não há estabilidade no emprego.

O modelo americano de flexibilização do labor constitui-se em desregulamentação e flexibilidade externa, caracterizadas por enfraquecimento do emprego, visível no rebaixamento dos custos fixos do trabalho, negação de conquistas sociais do trabalho, generalização dos contratos temporários e abrandamento da legislação trabalhista e de proteção social, e implantação do salário relacionado ao desempenho. Ainda segundo Baraldi e Car (2008), no Brasil a flexibilização do trabalho é semelhante ao modelo norte-americano, e tem como desregulamentação pelo viés das alterações nas leis trabalhistas; redução da jornada semanal de trabalho com proporcional redução salarial, instituição do banco de horas que prevê o pagamento das horas trabalhadas a mais em horas de descanso e não remuneradas, contrato de trabalho por prazo determinado e

outras providências, livre negociação entre as partes e a vedação de indexação dos salários, participação nos lucros ou resultados das empresas, como forma de incentivo ao incremento da produtividade. A flexibilização pode ser ainda mais radical se o emprego for negociado a nível individual. Segundo Alves, somente com a organização da força de trabalho junto aos sindicatos é que os trabalhadores poderão postular a possibilidade de impedir a precarização mais agudizada. Podemos compreender melhor com a explicitação de Giovani Alves quando se refere à individualização do trabalhador em detrimento da organização do proletariado:

[...] operário que negocia com o capitalista, de forma individual, não vale nada - sequer chega a ser um indivíduo, no sentido pleno da palavra. O capitalista só o reconhece como “força de trabalho” à mercê da exploração do capital. Ao se associarem, os operários podem exigir, por exemplo, um contrato coletivo de trabalho, obtendo, deste modo, um melhor poder de barganha com o capitalista (como muitos sindicatos conquistaram) (ALVES, 2003, p. 239).

Sobre as barreiras de proteção contra os ataques do capitalismo financeiro sobre os trabalhadores de enfermagem este tem como representante os sindicatos. Os sindicatos da enfermagem prezam pelos interesses coletivos e individuais dos profissionais nas questões trabalhistas, a exemplo de: melhoria salarial e carga horária de trabalho, condições de trabalho, valorização profissional, bem como assistência jurídica. O Sindicato presta assistência aos filiados em defesa dos interesses econômicos e profissionais desses trabalhadores. São os sindicatos que celebram acordos e convenções coletivas de trabalho (COREN, SC, 2014).

Outra forma de desregulamentação do trabalho na enfermagem é proveniente do aumento das demandas do labor nas instituições hospitalares. Com a intensificação da mercantilização da saúde percebida nas infinitas especialidades médicas as quais seguiram o modelo clínico/biológico/flexneriano<sup>13</sup>, privilegiando as ações curativas centradas no ato médico em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde, aumentaram os serviços nos hospitais (PLAGLIOSA; DA ROS 2008). Nesta lógica ocorre no interior das instituições hospitalares um grande aumento nas demandas de trabalho, e, em virtude de haver número insuficiente de força de trabalho devido à baixa contratação, os profissionais sofrem com o trabalho desregulamentado materializado na

---

<sup>13</sup> Modelo clínico refere-se à assistência baseada no diagnóstico e no tratamento, o objeto é o corpo do doente (LIMA e ALMEIDA, 1999). Modelo biológico é determinado pela compreensão e pelo estudo da doença que incide sobre o corpo do doente (LUCENA et. al. 2004). Modelo flexneriano consiste nas especialidades médicas, o corpo foi fragmentado para tratar separadamente cada problema de saúde. O paciente não é visto como um todo (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).



sobrecarga de trabalho visível nos serviços públicos e no sistema privado. Nas instituições do sistema privado ocorre a competitividade e a busca pela qualidade em todos os aspectos. Isto implica em dizer que, atender o paciente, ser resolutivo quanto às suas necessidades, independente dos meios e das condições laborais a que os profissionais estão expostos, está acima de qualquer coisa. Neste processo de anulação do profissional de enfermagem frente a excelência do atendimento ao paciente, Silva e Melo vão nos dizer:

A intensificação do trabalho (assim como a relação salarial em que o profissional está envolto) sai do foco e aparece no cenário apenas a dimensão do trabalhador de serviço como “pessoa” ou como ser moral que não pode fugir ao chamado de “fazer o bem”, ainda mais quando o objeto ao qual se dedica é um outro ser humano (MELO E SILVA, 2016, p. 80).

A sobrecarga de trabalho explícita no quantitativo de pacientes atendidos, nas tarefas a serem executadas, causa aos profissionais da enfermagem sentimentos de insatisfação e sofrimento, fato que intensifica o presenteísmo<sup>14</sup>, o que implica em dizer que o profissional está presente no trabalho, mas devido a problemas relacionados com sua saúde, física ou psíquica ocorre uma diminuição das suas funções laborais (VIEIRA et. al 2016). Pelas vias do pensamento *dejuriano*, a sobrecarga de trabalho de uma forma geral tem como consequência o esgotamento físico, o adoecimento do trabalhador e até mesmo a robotização das ações devido às pressões e cronometragem do tempo.

O sofrimento começa segundo Déjour (1987) quando a relação homem e a organização do trabalho é bloqueada, quando o trabalhador usou todos os meios possíveis, físicos e intelectuais, de adaptação e de aprendizagem para se adaptar as atividades a ele atribuídas em conformação com o taylorismo, sendo rigidamente controlado e disciplinado. Ainda segundo o autor nem as más condições de trabalho são mais cruéis que uma organização do trabalho rígida e imutável.

Para evitar a desregulamentação do trabalho no tocante à sobrecarga de trabalho o Cofen, órgão que regulamenta a profissão, elaborou o dimensionamento de profissionais da enfermagem com o objetivo de padronizar o quantitativo adequado para atender as

---

<sup>14</sup> Presenteísmo: Segundo HELOISA CAMPOS PASCHOALIN, o termo “presenteísmo” no trabalho refere-se ao contrário de absenteísmo que é não estar presente. Este termo está relacionado com o estar presente o trabalhador no seu campo de atuação, porém nem sempre de maneira positiva. Pode ocorrer que o trabalhador esteja presente, mas devido a várias limitações psíquicas ou físicas não produz como deveria, para o trabalho, segundo a pesquisa da autora neste caso o presenteísmo é pior que o absenteísmo (PASCHOALIN, 2012, Tese de Doutorado, “PRESENTE NO TRABALHO, MESMO DOENTE: O PRESENTEÍSMO NA ENFERMAGEM”).

escalas de trabalho das instituições de serviços de saúde. Esse documento é baseado em quantidade de leitos disponíveis, nas especificidades de cada unidade (UTIs, Pediatria, Pronto Socorro, Clínica Médica e outros) no grau de comprometimento e gravidade dos pacientes.

Dimensionamento de pessoal na enfermagem é definido por Trettene et. al. (2017) e Campos (2004) como a fase inicial do processo de provimentos de pessoal tendo como finalidade a previsão de profissionais necessários para suprir as necessidades da assistência de enfermagem.

Os aspectos quantitativos de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, segundo Canavesi (2010), têm o objetivo de garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente e a continuidade da vigilância perante a diversidade de atuação nos cuidados e na atenção da equipe de enfermagem.

Em estudo comparativo sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem pelos parâmetros das Resoluções, do Cofen, de 2004 e 2017, e o real na unidade de Neurologia e Ortopedia de uma unidade hospitalar, Vasconcelos et. al. (2017) concluíram que o quadro de pessoal da unidade pesquisada era insuficiente tanto à comparação do quadro dimensionado pelos parâmetros de 2004, como de 2017. Constataram também que o *déficit* de enfermeiros era igual aos dois parâmetros e que o quantitativo de técnicos de enfermagem estava se igualando ao que preconiza a lei.

A nossa compreensão frente ao exposto nos remete à insuficiência de profissionais, ocasionando sobrecarga de trabalho. A desregulamentação no trabalho da enfermagem no tocante a desproporção entre número de pacientes e quantitativos de profissionais na enfermagem, Souza (2016) refere que o trabalho sob o fluxo tensionado está relacionado com a financeirização e a nova combinação produtiva do sistema capitalista, a partir de aspectos microeconômicos e sociais, proveniente da realidade da produção em saúde.

Ainda sobre esse aspecto, Souza (2016) afirma que as instituições de saúde no âmbito público e privado aplicam preceitos de acumulação flexível levando à racionalização e à intensificação do trabalho, que está relacionado à lógica da empresa enxuta (menor número de profissionais) visando a diminuição dos custos e do tempo livre dos envolvidos no processo de trabalho e a oferta de serviços com qualidade. Essa lógica, segundo o autor, é um novo regime de mobilização da força de trabalho na enfermagem que indica novos parâmetros impositivos para a categoria, submetidos à pressão, ou seja, às exigências das demandas de trabalho e à subjetividade do cuidado.

O autor relaciona a organização do trabalho na enfermagem com o trabalho fabril, pois na sua compreensão os profissionais são obrigados a atender a um número elevado de pacientes, os quais não condizem com a realidade de profissionais, são submetidos a cobranças por atendimento com qualidade em todas as circunstâncias, mesmo sob condições precárias. Souza baseia-se nos estudos de Jean Pierre Durand (2003) que, ao voltar à gênese do fluxo tensionado, deduz:

[...] cada posto de trabalho produz extraindo de um estoque a montante e em seguida constituindo um estoque a jusante; em geral, procede-se por "rajadas" ou por "campanhas", o que significa que se produz a mesma coisa durante várias horas ou vários dias, custando muito cara a mudança de produção. Sabendo-se que tudo o que é produzido será vendido, um estoque comercial alimenta o mercado final. Esse sistema faz da planificação uma atividade determinante, que organiza o fluxo ativador da produção (Souza, 2016, p. 102).

Neste sentido, Souza observa semelhança deste modo de organização do trabalho com os serviços de enfermagem e explicita: “O atendimento em saúde responde diretamente as necessidades do volume de pacientes com distintos níveis de gravidade” (SOUZA, 2016, p. 101) O autor ainda refere que essa dinâmica está mais ligada ao trabalho dos profissionais de nível médio.

O trabalho sob o fluxo tensionado, segundo o autor, tornou-se comum em todas as instituições hospitalares se tornando natural no cotidiano dos profissionais de enfermagem, a ponto de não se reconhecerem em outra condição de trabalho (SOUZA, 2016). Outros autores, como Novaretti (2014) e Vieira (2017), que pesquisaram a questão da sobrecarga no trabalho da enfermagem, são convergentes em considerar que esta situação causa aos profissionais de enfermagem não só *stress*, esgotamento físico e psíquico, mas também descontentamento e ansiedade. Constataram que além desses prejuízos a nível pessoal há também prejuízos aos pacientes devido às ocorrências de erros atribuídas à sobrecarga de trabalho.

A evidência da desregulamentação do trabalho na enfermagem, no que se refere à desproporção entre força de trabalho e pacientes, no nosso entendimento é uma verdade objetiva, a qual é observada constantemente nos serviços públicos e privados, vivenciada pelos profissionais de enfermagem em todas as áreas de atuação. Se considerarmos que a enfermagem lida com vidas, a sobrecarga de trabalho é um fator que vem na contramão de um atendimento seguro, planejado, humanizado em todos os sentidos o que confirma o pensamento de Souza, que conclui sua pesquisa dizendo que

a intensificação e a sobrecarga de trabalho sob fluxo tensionado tem o paciente como objeto de trabalho. Ainda seguindo o pensamento de Souza, a contradição entre o trabalho da enfermagem no contexto capitalista e o real caráter do trabalho em saúde causa aos profissionais de enfermagem prejuízos à saúde do trabalhador.

#### 2.4 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EVIDENCIADO NA TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Como já mencionamos, a precarização está presente nos ser serviços públicos de saúde e são visíveis sob vários aspectos como, por exemplo, o sucateamento de prédios e equipamentos, falta de materiais, defasagem de servidores, baixos salários e processo de terceirização. Poderíamos debater cada questão e ainda elencar outras, mas vamos tratar com maior detalhamento a questão da terceirização nos serviços de públicos de saúde em nosso país. A terceirização de serviços no Brasil foi inspirada na experiência dos Estados Unidos e nos países centrais da Europa, que nos anos 1970 viram nessa modalidade de gestão uma saída para a crise que o fordismo vinha atravessando. No Brasil, devido a emergência de reestruturar o capital financeiro, esse modelo flexível de gerenciamento teve ênfase na década de 1990. (JUNIOR e SILVA, 2011; SOUZA e LEMOS 2016). Pode ser compreendido o conceito e como foi difundida a terceirização no Brasil na fala Antunes e Druck:

Nesta última década no Brasil, o crescimento e a difusão da terceirização a reafirma como uma modalidade de gestão, organização e controle do trabalho num ambiente comandado pela lógica da acumulação financeira, que, no âmbito do processo de trabalho, das condições de trabalho e do mercado de trabalho, *exige total flexibilidade em todos os níveis*, instituindo um novo tipo de precarização que passa a dirigir a relação capital-trabalho em todas as suas dimensões. E, num quadro em que a economia está comandada pela lógica financeira sustentada no curtíssimo prazo, as empresas do setor industrial buscam garantir seus altos lucros, exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos com o trabalho e pela “volatilidade” nas formas de inserção e de contratos (ANTUNES e DRUCK, 2013, p. 219).

Ainda podemos entender a terceirização de uma maneira mais simples, mas, sem deixar de observar a intensão de reduzir os direitos dos trabalhadores, mesmo que o discurso por parte dos empresários pareça o contrário. Para efeitos de compreender a terceirização pode ser vista como a contratação de uma determinada empresa para

gerenciar o trabalho da empresa contratante, com o objetivo principal de reduzir a estrutura operacional e os gastos, desburocratizar a administração e locação de recursos. Neste sentido a terceirização consiste em transferir para outrem atividades consideradas secundárias, ou seja, de suporte, atendo-se a empresa à sua atividade principal. Assim, a empresa se concentra na sua atividade-fim, transferindo as atividades-meio. Atividades-meio são as atividades secundárias da empresa contratante, e atividades-fim são as atividades principais dessa empresa (JUNIOR, 2013). Contudo há muitas situações em que não é fácil distinguir ou delimitar o que é atividade-fim e o que é atividade-meio, devido à grande fragmentação do trabalho (BRAGA, 2015).

Neste sentido observa-se uma tendência à terceirização no setor público, no que se refere à enfermagem não é diferente encontramos instituições inteiras terceirizadas como é o caso dos Hospitais Públicos, em todas as esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal. Segundo Braga (2015), sob o ponto de vista jurídico existem duas modalidades distintas de terceirização: a) prestação ou fornecimento de bens e serviços, que é quando a empresa contratada realiza em sua sede, com seus próprios equipamento e empregados determinado serviço ou produto, como, por exemplo: atividades de contabilidade, informática ou medição de consumo de água e luz, ou os insumos da indústria automobilística; b) fornecimento de força de trabalho, que é quando a empresa terceirizada contrata, treina e fornece à empresa contratante pessoas devidamente preparadas para o labor, porém nesta modalidade esses trabalhadores convivem no mesmo espaço, ou seja, nas dependências da empresa principal. O exemplo dessa última são os serviços de copa, cozinha, vigilância, asseio e conservação. Nesta lógica, segundo o autor, grandes empresas passaram a desmontar áreas inteiras e passaram a contratar empresas externas para as atividades antes realizadas por elas mesmas.

A terceirização, segundo Druck (2016), constitui-se em um fenômeno que incorpora e sintetiza seis dimensões da precarização social no trabalho em nosso país: a) as formas de mercantilização da força de trabalho; b) os padrões de organização e gestão do trabalho; c) as condições de segurança/insegurança no trabalho; d) o isolamento, a perda de vínculo em decorrência do processo de descartabilidade imputado ao trabalhador; e) o enfraquecimento das barreiras de resistências (os sindicatos) e f) a crise dos direitos trabalhistas expressos na violação de uma das maiores conquistas dos trabalhadores em nosso país, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A respeito da fragilização dos sindicatos, Antunes (2015) refere que a terceirização fragmenta ainda mais as possibilidades de ação e de consciência coletiva, incentiva a individualização das relações de trabalho, aumenta a concorrência decorrente do sistema de metas e competências, criando o cenário ideal para que as empresas não cedam espaço à atividade sindical em defesa dos direitos sociais do trabalho. Antunes explica que, em uma única empresa pode existir mais de uma representação sindical, o que dificulta ou impede a filiação dos trabalhadores.

A opção pela terceirização objetivando a redução desses fenômenos é sem dúvida a pior escolha, pois não só piorou as condições da classe trabalhadora, reduzindo os trabalhadores a meros objetos de compra, como também legalizou essa forma de expropriação do trabalho que, segundo Antunes, é ainda mais cruel e possui características comparáveis à escravidão de qualquer outra forma de gerenciamento do trabalho (ANTUNES, 2015). O autor referia-se assim ao fazer uma análise crítica do Projeto de Lei 4330/2004 que, posteriormente, foi modificado para PLC 30/2015, o qual aprovou a privatização de todas as atividades de uma empresa privada ou pública, não só mais as atividades-meio.

Frente ao exposto, compreendemos a terceirização como forma de degradação do trabalho e do trabalhador que, devido a precariedade social, se submete a esse trabalho, mesmo porque a terceirização em nosso país não está sendo uma exceção mas uma regra que atingiu tanto o setor privado como o público.

## 2.5 A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Pelo viés da lei e tendo como pano de fundo o discurso de proteção ao trabalhador contra a informalidade laboral, o Estado institucionaliza a terceirização nos serviços públicos incluindo o setor saúde. Como explicita Druck (2016), ao realizar algumas reflexões inspiradas na sociologia do trabalho sobre a terceirização no serviço público. A autora revela que a partir da implantação das organizações sociais (OSS), sob a lei nº 9.637/1998, a terceirização se tornou realidade na saúde pública nos últimos 15 anos, sendo validada a partir de 2015 como constitucional e liberada para todos os serviços essenciais sob responsabilidade do Estado como: saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente.

No tocante à terceirização no setor da saúde pública, Druck revela que esta segue os mesmos trâmites dos outros setores, podendo ser visível aí também a ausência

do Estado à sua responsabilidade social. A autora critica o Estado mediante auditorias realizadas pelo TCU em 2012, por não considerar a relação público-privado destinando altas somas de recursos públicos para instituições privadas, sem qualquer avaliação, planejamento, supervisão ou controle de como esse recurso é utilizado e de quais serviços e por quem e em quais condições estão sendo prestados. Druck refere que as OSs são as maiores responsáveis por assumirem a terceirização do setor saúde no país e que estas foram propostas no quadro da reforma do Estado, conforme definido pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, no programa de publicização para os serviços não exclusivos do Estado, atividades que são exercidas de forma simultânea com a esfera privada mas, devem ser fomentadas pelo poder público.

As OSS foram criadas em 1998 pela Lei Federal nº 9.637 a qual definiu que:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta lei (DRUCK, 2016, p. 21).

Ainda mediante sua pesquisa, Druck (2016) refere que os municípios são os que mais têm adotado essa forma de gerenciamento no setor saúde. Em 2014, segundo a autora, 88% (4.924) dos municípios brasileiros possuíam estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade de gestão e, 10,6% desse total de municípios possuíam estabelecimentos geridos por terceiros, totalizando 2.316 unidades de saúde terceirizadas. Deste total 43% eram administrados por organizações sociais (OSS); 28,4%, por empresas privadas; 18,2%, por consórcios públicos; 5,7%, por organizações de sociedade civil de interesse público (Oscips); 3,2%, por cooperativas; e 1,3%, por consórcios de sociedade (DRUCK, 2016).

Em relação à presença das OSS nas regiões do país, segundo a autora, estão em todas as regiões em maior ou menor proporção, com destaque para a região sudeste. Das 70 OSs criadas no país até 2007, 25 (ou seja, 36%) estavam na saúde pública e, delas, 16 (64%) em São Paulo, ou no Rio de Janeiro. Druck revela que na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), nessas regiões as OSS não estavam cumprindo o que previa a lei que as criou, configurando assim em descumprimento da lei. Diante deste agravante o TCU viu a necessidade fazer uma auditoria, selecionou as seguintes instituições para serem auditadas: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Secretaria Municipal de

Saúde de Araucária, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, por entender que estas representavam as demais. Foram elencadas as seguintes perguntas para proceder à análise objetivando identificar em cada fase do processo de terceirização o papel do poder público. Na sequência, seguem as questões na íntegra:

- a) O processo decisório de transferência do gerenciamento de serviços de saúde para entidades privadas demonstra que esta é a melhor opção frente à prestação direta do serviço?; b) O processo de qualificação e seleção da entidade privada é objetivo e garante que seja escolhida a mais apta a prestar o serviço?; c) A formalização da parceria abrange os critérios necessários para garantir a prestação adequada do serviço e o seu controle?; d) O controle da execução do contrato garante a devida responsabilização pelos resultados alcançados e a regular aplicação dos recursos?(DRUCK, 2016, p. 24)

Segundo Druck (2016), o TCU responde negativamente às quatro questões acima, o que configura como ineficiente o processo de terceirização nos seguintes aspectos: nos processos de seleção e contratação, na prestação de contas apresentando sempre valores elevados em relação aos valores iniciais dos processos e irregularidades nos contratos. Em todos os casos analisados foi observada a necessidade de implantar medidas de maior controle dessas empresas contratadas.

Corroborando com as informações acima citadas, o TCU do Distrito Federal encontrou irregularidades semelhantes a estas ao investigar o processo licitatório que pretendia contratar uma empresa para gerenciar o Centro Médico da Polícia Militar (DF), em 2016. Nesta ocasião compareceram duas OSS: a ISAC (Instituto Saúde e Cidadania) e a GAMP (Grupo de Apoio à Medicina Preventiva e a Saúde Pública). As irregularidades encontradas foram: 1. A sede da prestadora de serviços situava-se fora da região de atuação; 2. Entidades recém-criadas, ou seja, sem experiências prévias; 3. Denúncias sobre irregularidades graves na gestão em outros Estados que não foram consideradas na avaliação do processo de qualificação; 4. Ausência de registro e/ou registro provisório no Conselho profissional

Mediante ao exposto, concordamos com a autora quando diz que o problema não é a falta de regulamentação, como quer fazer crer o TCU. Mesmo porque a regulamentação já está descrita na Lei e nem esses problemas podem ser resolvidos mediante esclarecimentos ou campanha de treinamentos aos gestores. A terceirização é a forma mais cruel de desmonte dos direitos dos trabalhadores e que atinge o coração do



Estado democrático e o funcionalismo público. Concordamos também com Antunes quando este diz que a terceirização beneficia a produção da mais-valia em diversos ramos produtivos e, em particular, no setor de serviços, onde a saúde se encontra e onde concretamente entramos em contato com essa modalidade de gerenciamento do trabalho.

## 2.6 A TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: O CASO DE GOIÁS

Para adentrar na questão da terceirização das instituições de saúde, em especial das instituições hospitalares na esfera estadual em Goiás, nos apropriamos de documentos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, SES-GO e, de documentos das OSS disponíveis em meios eletrônicos. A terceirização dos hospitais públicos da esfera estadual teve início em Goiás há mais 15 anos com o mesmo discurso de que as empresas contratadas para gerir essas instituições proporcionariam melhores resultados com menores gastos e sem burocracia, principalmente no que diz respeito aos processos de licitação, os quais dificultam o gerenciamento de recursos em qualquer instituição pública.

O primeiro hospital a ser gerido por uma OSS em Goiás foi o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer). Inaugurado em 2002, foi entregue a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação (AGIR) sendo a referida empresa concebida para gerenciar essa instituição hospitalar nos termos da lei: “Associação Goiana de Integralização e Reabilitação-AGIR, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual, nº 5.591 de 10.05.2002” (SES-GO, 2011).

A empresa contratada e a SES-GO vêm renovando os contratos sem licitação conforme pode ser observado no texto de renovação do Contrato de Gestão nº 123/2011 para o gerenciamento do CRER: “O presente Instrumento decorre do Ato de Dispensa de Licitação nº 119/2011, assegurado pela Lei 8.666/1993” (SES-GO, 2011). Essa forma de gerenciamento do CRER serviu não só de modelo interno, como de modelo para outros estados, e desencadeou um processo de terceirização no setor da saúde no Estado que culminou com a terceirização de vários hospitais da esfera estadual. O último hospital a ser inaugurado sob o regime totalmente terceirizado foi o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira-HUGOL, que também é gerido pela mesma OSS que inaugurou o

primeiro. Segundo a Agência Goiana de Regulação Controle e Fiscalização de Serviços Públicos (AGR), Goiás possui 15 hospitais de média e alta complexidade geridos por OSS. Este órgão tem entre outras atribuições a responsabilidade de regular e fiscalizar contratos de gestão firmados pelo Governo do Estado com as (OSS) para administração de unidades de saúde (AGR, 2013).

O que queremos mostrar com as terceirizações das instituições hospitalares no Estado de Goiás é a precarização do trabalho na área da saúde evidenciada na inexistência de concurso público para esta área, haja vista, que o último concurso para preenchimento de vagas nas instituições públicas de saúde do Estado foi realizado em 2010. Também queremos mostrar o quanto esse modo de gerenciamento mexeu de forma negativa com os servidores públicos, em especial os profissionais de enfermagem, pois a grande maioria foi remanejada para outras unidades de saúde ou para outras superintendências, muitas vezes, sem vontade própria, uma vez que é requisito para a empresa contratada trabalhar com um quantitativo de no máximo 50% da força de trabalho em regime estatutário e o restante sob regime celetista (SES-GO, 2012).

A começar pelo prazo que a empresa contratada tem para avaliar quem permanecerá na instituição e quem será remanejado, o constrangimento é instaurado e permanece até a saída o último servidor. Na cláusula que destina aos Recursos Humanos, a empresa contratante deverá realizar esse levantamento até 90 dias após firmar o contrato, e, após esse prazo promover a remoção gradual dos funcionários destituídos de seus postos de trabalho. Em outra cláusula diz que o desempenho das atividades do servidor público que é cedido à OSS não configura vínculo empregatício de qualquer maneira, o que em outras palavras a qualquer momento a OSS pode não mais interessar pelo trabalho do servidor e colocá-lo à disposição. (SES-GO, 2012)

Como se não bastasse esse embate com o que determina a lei em desfavor dos servidores públicos sob a gerência da OSS, outras questões que afetam os trabalhadores tanto do serviço público mantido na instituição como os da empresa contratada, discutida por Vieira (2013) sobre a relação OSS/trabalhadores são: autoritarismo por parte da gerência, aumento da carga de trabalho, redução do pessoal e exigência pelo desempenho e produtividade, redução da autonomia com a necessidade de cumprir o prescrito e a ampliação das responsabilidades do trabalhador, ausência de reconhecimento através da disseminação do conceito de incompetência do servidor

público, quebra da segurança no emprego e ausência do apoio social tanto dos gerentes quanto dos demais trabalhadores e usuários do serviço.

Diante exposto notamos que a precarização do trabalho não está restrita somente às questões relacionadas ao tipo de contrato. É muito mais que isso e envolve o que se tem de mais importante para o trabalhador, a dignidade – que a meu ver está sendo maculada a cada dia não só em Goiás mas no país. Se por um lado o trabalhador estatutário é constrangido porque é funcionário público; por outro o trabalhador contratado se submete ao trabalho precarizado para não ser destituído de seus postos de trabalho. Apesar de ter estudos, relatórios e mais relatórios mostrando a eficiência das OSS na área da saúde relacionadas com o desempenho, qualidade, eficiência, e redução de gastos, o que se observa é que estas empresas trabalham na lógica da mercantilização, tem o objetivo de gerar e acumular capital, e nesta lógica o trabalhador de saúde, incluindo os profissionais da enfermagem, é mais uma peça na engrenagem de produzir saúde, não se tem por parte nem do Estado nem por parte da OSS nenhum respeito com o trabalhador. Não importa o ser humano, importa o quanto ele produz e o quanto ele pode contribuir para que de fato a empresa cresça e desenvolva a acumulação do capital.

### **CAPÍTULO 3 - FORMAÇÃO TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE PARA O SISTEMA CAPITALISTA?**

Não se pode pensar em profissionais de enfermagem sem pensar nas dificuldades que permearam a formação dessa força de trabalho do setor saúde desde a sua institucionalização como profissão. Sabemos que em grande parte das profissões existem níveis de hierarquia dividindo o trabalho e, conseqüentemente, a formação dos profissionais também é fracionada. A divisão do trabalho em níveis hierárquicos, de acordo com Gramsci, resulta também em divisão do ensino (GRAMSCI, 2001). O filósofo, ao analisar a crise no setor da educação na Itália que desencadeou a reforma do ensino nos anos 1922/23, afirma que para acompanhar a modernidade há uma tendência de adequação do trabalho com a escolaridade, de modo a garantir à classe trabalhadora a atualização em relação ao progresso científico em cada ramo de atividade.

Diante desta observação entendemos que no contexto histórico da sociedade capitalista as profissões foram sendo moldadas de acordo com aumento das profissões em decorrências das especializações técnicas do trabalho. No campo da enfermagem não foi diferente, os cuidados que eram realizados por uma única pessoa na sociedade pré capitalista, no capitalismo a profissão é hierarquizada em conformidade com os modelos de administração do trabalho, como vimos anteriormente. A nossa reflexão sobre o ensino na área da enfermagem será do início do século XX até os anos 1990 e vamos procurar identificar nesse período as dificuldades em relação à formação dos profissionais em todos os níveis de hierarquia da profissão.

Inicialmente na década de 1920, a formação na enfermagem compreendia dois níveis de escolaridade: a formação das enfermeiras que correspondia ao atual ensino médio; e a formação dos práticos de enfermagem de nível elementar que só exigia a formação prática. A partir da lei 4.024/1961, os enfermeiros se tornam profissionais de nível superior, o nível de escolaridade do auxiliar de enfermagem tinha um caráter pendular, ora no primeiro grau (atual nível fundamental) ora no segundo grau (atual ensino médio). Esse caráter pendular só será rompido com o Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (Profafae), criado em 1999 pelo MS, executado pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS) o qual define o ensino médio como patamar mínimo, para ingresso no curso técnico de enfermagem. (LIMA, 2010)

### 3.1 AS CARACTERÍSTICAS DOS PRIMEIROS CURSOS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Atualmente, a maioria dos profissionais de enfermagem inseridos nos serviços públicos e privados são de nível médio (COFEN, 2015). Mas não significa que sempre foi assim. A formação em enfermagem inicia-se no Brasil com cursos para enfermeiros, embora ainda não fossem legalmente de nível superior, pois os requisitos para ingressar no curso era apenas ter concluído o nível elementar. Este curso também era destinado às parteiras, que tinha como objetivo dar suporte técnico às profissionais que desempenhavam essas atividades sem conhecimento teórico. (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011)

No final do século XIX, em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, sendo o Hospital dos Alienados referência para os estudos e também para a prática (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011; PERIRA e RAMOS, 2006; MEDEIROS, TIPLLE e MUNARI, 1999). O referido hospital era gerenciado por religiosas, mas, por motivo de desentendimento interno com a administração estas, foram substituídas por pessoas laicas. Somando-se a esse fato havia também a falta de profissionais para assumir os cuidados dos pacientes psiquiátricos. Isso motivou a abertura da Escola que posteriormente foi denominada de Escola Alfredo Pinto (LEONELLO, MIRANDA NETO, OLIVEIRA, 2011). Segundo os autores, essa foi a principal motivação: preparar pessoal em caráter de urgência para assistir aos doentes mentais institucionalizados, fato que segundo os autores não ocorreu com as Escolas de Medicina, Direito e Engenharia. No caso dessas escolas, constituíam um saber desinteressado e não sob a necessidade do trabalho. Tratava-se de um ensino etilizado.

Observa-se a divisão do ensino de um lado pessoas formadas para assumir o trabalho imediato e outras para seguir a vida acadêmica. Os requisitos para o ingresso nos cursos de enfermagem eram saber ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes. (MEDEIROS, TIPPLE e MUNARI, 1999). Ao que parece para ingressar na enfermagem os bons costumes era tão importante quanto saber ler e escrever. Como se em outra profissão não fosse necessário um comportamento ético e moral.

Outra escola de formação em Enfermagem do início do século (1901), instituída com a mesma finalidade, a de preparar profissionais para as demandas da instituição, foi

a Escola de Enfermagem do Hospital Evangélico em São Paulo, hoje Hospital Samaritano. Segundo os autores Medeiros, Tiplle e Munari (1999), essa escola recrutava estudantes de famílias estrangeiras do sul do país. O curso era ministrado segundo o modelo Nightingaleano, de devido a influência das Enfermeiras Inglesas e Americanas já instaladas no hospital.

Segundo Medeiros, Tiplle e Munari (1999) e Leonello, Miranda Neto e Oliveira (2011), no contexto da primeira Guerra Mundial foi criada em 1916 no Rio de Janeiro a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, com um curso de dois anos, o qual tinha o objetivo de treinar socorristas voluntários para atuar juntos aos feridos de guerra. Nesta mesma escola, em 1920, foi criado o curso das visitadoras sanitárias devido à preocupação do governo com as doenças endêmicas e epidêmicas.

Apesar de todas essas iniciativas no sentido de sistematizar o ensino na área da enfermagem no final do século XIX, este teve maior impulso a partir de 1923 com a Escola de Enfermagem Ana Néri, antes chamada de Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). De acordo Medeiros, Tipple e Munari (1999) e Pereira e Ramos (2006), a criação da referida Escola marca o surgimento da Enfermagem Moderna no Brasil e seu ensino baseado no currículo inglês e norte-americano serviu de referência no cenário da educação em enfermagem no Brasil.

Segundo Pires (1989), o primeiro currículo da referida escola foi estabelecido pelo decreto nº 16.300/23. No Art. nº 429 estabeleciam os conteúdos a serem ministrados nos cursos de duração de dois anos, que aqui é relevante descrever, para conhecimento e para efeitos de comparação no final. A “Parte Geral” do currículo continha os seguintes tópicos:

- Princípios e Methodos da arte de enfermeira;
- Bases históricas, ethicas e sociais da arte de enfermeira;
- Anatomia e physiologia;
- Higiene individual;
- Administração hospitalar;
- Therapeutica, farmacologia e matéria médica;
- Methodos gráficos, na arte de enfermeira;
- Physica e chimica applicadas;
- Pathologia elementar;
- Parasithologia elementar;
- Parasitologia e microbiologia;
- Cozinha e nutrição (PIRES, 1989, p. 141).

O currículo se completava com as partes de “Arte de enfermeira”:

Em clinica médica; em clinica cirúrgica; em doenças epidêmicas; em doenças venéreas e da pelle; em tuberculose; em doenças nervosas e mentais; em orthopedia; em pediatria; em ostetricia; e gynecologia; em oto-rhino-laringologia; em optlmologia. (PIRES, 1989, p. 141).

e “Hygiene e saúde pública”:

Radiographia; Campo de ação da enfermeira – problemas sociais e profissionais. Nos últimos quatro meses a enfermeira podia se especializar em: Serviço de saúde pública; Serviços de administrativo hospitalar; serviços dispensários; Serviços de laboratório; Serviços de sala de operação; Serviço privado; Serviço obstétrico e Serviço pediátrico (PIRES, 1989, p. 141).

Frente a esse currículo pode se observar que o mesmo procura abranger somente conteúdos que se referem com a execução do trabalho. Outra observação de Pires quanto aos cursos é que as atividades práticas eram realizadas nos hospitais por um período de 8h diárias, fora as horas de estudos teóricos, o que favorecia muito para as instituições de saúde que podiam lançar mão desse trabalho não remunerado.

Segundo Medeiros, Tipple e Munari (1999), a instituição da Escola de Enfermagem Ana Nery também ocorreu devido à necessidade de pessoal para trabalhar no campo da saúde pública, sendo este trabalho iniciado por médicos sanitaristas. Os critérios para ingressar no curso, segundo Pereira e Ramos (2006), eram um pouco mais elevados, sendo pré-requisito de seleção o diploma de normalista, o que nos indica uma formação de nível superior. A baixa escolarização das alunas para ingressar no curso superior dificultou a efetivação do curso superior no Brasil.

Este fato pode ser observado nas pesquisas de Piana (2009) sobre as políticas educacionais no Brasil. A pesquisadora mostra que entre 1889 a 1930 o Estado procurou garantir uma formação padronizada em todas as escolas secundárias e privilegiou a criação de escolas para profissionais liberais, tanto que em 1916 existiam 16 faculdades do curso de Direito. Este fato que não era condizente com a realidade naquela época, pois os trabalhadores do país eram majoritariamente ligados às atividades do campo, o que configurava um ensino elitizado que somente os mais abastados podiam frequentar.

### 3.2 OS CURSOS DE ENFERMAGEM APÓS A DÉCADA DE 30 E O SISTEMA CAPITALISTA

A década de 1930 desponta com várias mudanças no campo da educação, sendo a mais importante a criação do Ministério da Educação e Saúde, seguida dos

investimentos do Estado na formação básica e técnica, e da criação das primeiras universidades brasileiras (PIANA, 2009). No que se refere à Escola de Enfermagem Ana Nery, de 1931 a 1946 respectivamente foi elevada a condição de Escola Padrão de Enfermagem, e seu programa de ensino serviu de modelo para as escolas criadas posteriormente. Em 1937 passou a fazer parte em regime complementar da Universidade do Brasil e em 1946 definitivamente foi incorporada à referida Universidade (LIMA, 1994; MEDEIROS, TIPLLE, MUNARI, 1999).

O que chama a atenção é a constituição do currículo que, segundo Gallequillos e Oliveira (2001), ainda seguia o modelo de currículo norte-americano e tinha como objetivo formar as enfermeiras para cumprir o programa do Departamento Nacional de Saúde Pública. No entanto, o curso que era para ser direcionado à saúde pública foi conduzido às práticas hospitalares, privilegiando a medicina curativa e tendo o hospital como local de estágios. Segundo as autoras, o programa de ensino a ser seguido foi o de 1926, o qual sofreu pequenas mudanças em relação aos programas anteriores (1917 e 1923) que seguiam um currículo mínimo. A pequena mudança pode ser observada no que diz respeito às disciplinas relacionadas com a assistência individual das pessoas o que comprovava um ensino voltado para o modelo biomédico.

Na década de 40 ocorreram dois eventos importantes que podem ser destacados para o ensino na área da enfermagem: a criação da Divisão de Ensino de Enfermagem (1945), posteriormente designada Divisão de Educação, que tinha como objetivo organizar o ensino considerando o currículo teórico mínimo, fixar a duração dos estágios para graduação das enfermeiras e o estabelecimento de normas para a formação de auxiliares. O outro evento foi a regulamentação do ensino de Enfermagem (1949), sendo previamente elaborado pela Divisão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) um currículo que determinou o regime escolar, o qual contribuiu com o processo de discussões que deu origem à lei n. 775/49, que o regulamentou (GALLEQUILOS, OLIVEIRA 2001).

O que chama a atenção também neste período, mediante as pesquisas de Lima (1994), Medeiros, Tiplle e Munari (1999) e Galleguillos e Oliveira (2001), foi novamente a introdução de uma grande quantidade de conteúdos de especialidades médicas no currículo da enfermagem, fato que convergia o ensino para as exigências do mercado de trabalho que se encontrava em expansão devido ao processo de urbanização e o conseqüente aumento da força de trabalho em todos os setores, o que demandava uma preocupação com a saúde do trabalhador por parte do governo.



A lei 775/49 referia que os cursos de enfermagem só poderiam receber candidatas com o curso ginásial completo até 1956. A partir da Lei de Diretrizes de Base –LDB de 1961 Lei nº 4.024/1961 é que a seleção para ingressar no curso de enfermagem seria através do sistema de vestibular e testes psicotécnicos, elevando assim o curso ao *status* de curso superior, o que ainda não era definido até esta data. (PEREIRA, RAMOS, 2006). Não só por esta razão, mas também porque o perfil do mercado de trabalho na área da saúde exigia outras habilidades às enfermeiras como, por exemplo, noções de administração. (LIMA, 1994).

A ampliação do conhecimento para o nível superior em certa medida foi importante para a categoria, que podia expandir seu trabalho adequando as exigências das instituições de saúde exercendo privativamente as funções de gerenciamento e administração dos serviços de enfermagem, funções estas destinadas somente aos enfermeiros graduados.

Importante ressaltar que entre 1950 a 1970 o ensino em enfermagem passou por um período de grandes controvérsias no que se refere à duração do curso e mudanças no currículo. Em 1962, através do Parecer 271/62, do Conselho Federal de Educação, a disciplina de Saúde Pública foi retirada do curso passando esta para a categoria das especializações. Acrescentou ao currículo a disciplina de Administração e por último, reduziu a duração do curso de quatro para três anos. Da aprovação desse currículo até 1968 a ABEn lutou para que o curso voltasse a ser em quatro anos, pois a mesma não pactuava com essa perda que configurava em perda de *status* e qualidade do curso (LIMA,1994; GALLEQUILOS e OLIVEIRA, 2001).

Todo esse movimento em prol da melhora do curso de enfermagem ocorre em paralelo ao movimento pela Reforma Universitária, instituída pela lei n. 5540, de 28/11/1968. Neste contexto de reformas do ensino, o currículo do curso de enfermagem foi reformulado mediante o Parecer 163/72. Este currículo foi elaborado sob a lógica da teoria do capital humano, base para a tecnificação da educação e, conseqüentemente para a formação de “recursos humanos” definidos pelos critérios de mercado de serviços de saúde, da indústria farmacêutica, e de equipamentos médico-hospitalares, o que vai contribuir também com a acumulação de capital. (LIMA, 2010) Este momento condiz com a expansão do ensino superior de uma forma geral. Destaca neste período as Instituições de Ensino Superior, em especial as do setor privado, que se desenvolviam mediante um número expressivo de matrículas provenientes da classe média, que em decorrência da melhoria econômica no país o chamado “Milagre Brasileiro”(1969-

1973) aproveitou para investir nos estudos a fim de conquistar melhorias no mercado de trabalho (LEONELLO, MIRANDA NETO e OLIVEIRA, 2011).

Os anos 1980 foram marcados pelo período de transição do regime militar para o regime democrático, que se efetivou com a eleição indireta para presidente da República (1985) e na instituição da nova Constituição Federal (1988). No que se refere à educação, houve uma retração do ensino público e aumento da privatização do ensino principalmente no âmbito dos cursos superiores, como vinha ocorrendo no período anterior e pode ser constatado através de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) (BRASIL, 2000). A pesquisa realizada em 1999 revela que em 1980 havia em média 200 IES no setor público (compreendendo as esferas municipal, estadual e federal) contra 682 de caráter privativo.

Em 1998 o número de IES públicas se manteve praticamente estável (208), contra um aumento da rede privada para 764 instituições. A CF explicita no Artigo 205 que “a educação é direito de todos e dever do Estado”. No entanto atribui à sociedade a responsabilidade de formar cidadãos. (BRASIL, 1988) No tocante aos cursos superiores de enfermagem neste período, observa-se a abertura de vários cursos. Até 1980 havia 34 cursos de nível superior de enfermagem no Brasil. De 1981 a 1993 esse número cresce para 61 cursos. (BRASIL, 2000).

### 3.3. A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUAS DIFICULDADES

Se o ensino de enfermagem em nível superior, ao longo dos anos, passou por vários problemas relacionados com a elaboração de um currículo que desse sustentação científica à profissão, o ensino profissionalizante foi ainda mais penalizado devido a elaboração de um currículo tecnicista imposto aos profissionais de nível médio. No sistema capitalista a ligação ensino-serviço e condições de trabalho estão intimamente ligadas e os currículos são formulados de acordo com as determinações do mercado de trabalho.

Na segunda metade do século XX, o país passava por grandes mudanças políticas, sociais e econômicas, o setor saúde cresceu em número de hospitais, principalmente privados, incorporando uma grande quantidade de tecnologias em seus serviços. Assim, as mudanças nas relações sociais capitalista passaram a demandar a formação de um novo profissional: o técnico de enfermagem, sendo os primeiros cursos criados em 1966. Segundo Lima (1996) o investimento em educação foi orientado pela teoria do

capital humano no final da década de 1950. Neste sentido, estudos sobre Economia da Educação e Economia da Saúde oferecem subsídios necessários para compreensão de que os gastos com os setores sociais como educação e saúde não se resumiam apenas em despesas, mas, se constituía em fonte de renda. Especializar os trabalhadores consistia em aumento do setor produtivo, já que o mercado de trabalho vivia um momento de modernização com novas tecnologias.

Vamos aqui retomar a questão dos atendentes de enfermagem agora verificando como se desenvolveu essa modalidade de ensino. Como vimos, no processo de trabalho na enfermagem o modelo de organização de seu trabalho sofreu influência do trabalho fabril, nesta lógica o curso de atendente de enfermagem incorporou um programa desenvolvido para capacitar os trabalhadores das indústrias. A princípio esse programa denominava Programa Intensivo de Preparação de Força de trabalho (PIPIMO I), que referia-se a formação para os trabalhadores da indústria (BARRADAS, 1986). Posteriormente ficou somente PIPIMO, pois foi estendido aos setores de serviços incluindo os de saúde. Anésia Maria da Silva Barradas que estudou sobre a trajetória do referido programa, assim como sua expansão e suas vinculações como um instrumento do Estado na condução do projeto desenvolvimentista, faz a seguinte observação sobre este programa:

[...] de natureza transitória que deveria durar 20 meses, iniciou suas atividades em 1964, funcionando junto ao setor secundário até 1970; estendeu-se aos setores primário e terciário em 1971 e esteve em ação até 1982, principalmente junto aos projetos governamentais (BARRADAS, 1986, p. V).

Para atender às necessidades emergenciais do Estado para concretizar o plano de desenvolvimento do país, o setor da saúde também foi incluído nesse projeto de formação rápida, uma vez que a expansão da burguesia dos serviços de saúde ocorria paralelamente aos outros setores (LIMA, 2016). O referido curso veio para capacitar principalmente os trabalhadores práticos que já atuavam nas instituições de saúde, sobretudo nos hospitais. Segundo Barradas (1986), os cursos desenvolvidos pelo programa sob o ponto de vista pedagógico não continham nenhum saber teórico, era estritamente voltado para o treinamento a ponto de especialistas dizerem que era um adestramento da classe trabalhadora de forma contingencial.

Segundo Barradas (1986), para os trabalhadores, o PIPIMO veio se constituir em uma alternativa ocupacional. Em regiões onde o trabalho era na época intermitente, os

trabalhadores passaram a fazer do PIPMO uma alternativa ocupacional nos interstícios das entressafras. Nestas e em outras situações, como por exemplo, em regiões onde havia escassez de trabalho, os trabalhadores puderam voltar à ocupação.

Sobre os cursos de atendentes de enfermagem o currículo era composto somente de conteúdos restritos à execução do trabalho. A primeira, intitulada “PROGRAMA”, continha as seguintes disciplinas:

- Qualidades de uma boa enfermeira,
- Implicações legais na prática de enfermagem
- Ética profissional
- relações Humanas no trabalho
- Constituição legal da família
- Legislação
- Boas maneiras
- Etiqueta social no hospital
- Alimentação para o trabalho (ANACLETO, 1977).

Na segunda parte, designada como “O HOSPITAL”, as disciplinas eram as seguintes:

- Definição, funções e classificações
- O paciente no hospital
- Noções de assepsia e antiassepsia
- Aparelhos circulatório, digestivo e urinário
- Higiene e cuidados do paciente
- Noções de farmacologia. (ANACLETO, 1977)

Esta era a descrição sumária do curso. Como podemos observar, tratava-se de um currículo extremamente reduzido e, no entanto, habilitava as pessoas para trabalhar diretamente com o paciente. Nessa condição os atendentes exerceram suas funções por três décadas. Segundo Silva (1986), os atendentes de enfermagem em 1974 eram a grande maioria do quantitativo de trabalhadores nas instituições hospitalares. Conforme dados do Anuário Estatístico do Brasil-1977, essa categoria era em número de 85.541, ou seja, 65,5% de toda força de trabalho. Esse fator se refere ao baixo custo com força de trabalho justamente pelo baixo custo com a formação.

Segundo Cêa, Reis e Conterno (2005), a própria ABEn reconhecia essa prática no interior das instituições de saúde na rede privada. Segundo os autores, baseados em fontes de dados do Ministério do Trabalho e da Educação, existiam ainda no Brasil, em 1997, cerca de 115.530 atendentes de enfermagem trabalhando formalmente e, em 2002 o Ministério Saúde informava que havia 225.000 sem a qualificação necessária para o exercício da profissão em enfermagem – mesmo com a proibição, pelo Cofen, da contratação de profissionais sem a devida habilitação desde a Lei do exercício

profissional em 1986. Configurou-se assim um desrespeito aos usuários de serviços de saúde e principalmente aos trabalhadores que são vistos como profissionais, mas, como pessoas cumpridoras de tarefas e fáceis de serem substituídas.

Como vimos, em 1949 o ensino de enfermagem foi regulamentado no Brasil e, a partir dessa data, a profissão foi se desenvolvendo em conformação com o processo econômico e social. O curso Técnico de Enfermagem foi criado devido às mudanças nas relações sociais capitalista e também devido as mudanças no processo de trabalho da enfermagem. Os futuros técnicos de enfermagem desenvolveriam atividades próximas as atividades da enfermeira no tocante à assistência integral ao paciente grave e à supervisão de unidades pequenas, serviços esses que não podem ser executados pelos Auxiliares por não serem habilitados para tal função. Como se percebe o curso Técnico de Enfermagem proporciona ao profissional certo grau de autonomia que é garantido pelo conselho de classe (LIMA, APOLINÁRIO, 2011; PEREIRA e RAMOS, 2006).

. No entanto profissional técnico de enfermagem, este só foi reconhecido como tal com a lei 7.498/86, regulamentado pelo decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre regulamentação do exercício profissional de enfermagem (LIMA e APOLINÁRIO, 2011). Como se percebe, mesmo com investimentos nos estudos e desempenhando funções essenciais aos cuidados com a vida das pessoas, no âmbito individual e coletivo, em diferentes setores das instituições de saúde e hospitalares, os técnicos de enfermagem conviveram na ilegalidade profissional por duas décadas. Isto implica em dizer que exerciam as funções de técnicos, mas recebiam por funções de nível elementar ou como auxiliar de enfermagem.

#### 3.4 O TECNICISMO ALIGEIRADO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA DÉCADA DE 1980

Mesmo com a instituição do ensino profissionalizante compulsório pela lei 5.692/71, no início dos anos 1980, os serviços de enfermagem ainda eram realizados em sua grande maioria nas instituições públicas e privadas por atendentes de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro. O trabalho manual em detrimento ao trabalho pautado no conhecimento teórico ainda era muito valorizado, o que mantinha a atuação do atendente de enfermagem nas instituições de saúde, principalmente nas hospitalares (BEZERRA, GUERRA, GUEDES, 1998). A atuação do atendente de enfermagem ao nosso entendimento era triplamente oportuna, às forças produtivas, do setor saúde, era

uma classe que possuía experiência previa, pois, muitos já trabalhavam nas instituições de saúde principalmente nas hospitalares. Esses profissionais assumiam o trabalho direto com o paciente e também realizam outras tarefas relacionadas com a organização das unidades e materiais hospitalares. Sem contar ainda que os custos com essa categoria de trabalhadores para a burguesia dos serviços de saúde eram menores devido à baixa escolaridade.

Em 1983, segundo Lorenzetti et. al. (2012), havia uma população de atendentes de enfermagem que chegava a um número ainda muito expressivo de 194.174 profissionais, que correspondia a 63,8% de todos os profissionais de enfermagem inseridos nas instituições de saúde do nosso país. Esse elevado número de trabalhadores na enfermagem com baixa escolaridade já não correspondia às exigências do mercado de trabalho, que acompanhando as inovações tecnológicas necessitava de profissionais com conhecimento para trabalhar não só com os cuidados, mas também com equipamentos utilizados em todo o segmento do processo saúde-doença.

Segundo Lorenzetti et. al. (2012), a inovação tecnológica pode ser compreendida numa perspectiva dinâmica uma vez que qualquer tecnologia é determinada por um número complexo de inter-relações, tanto no nível social quanto no nível das empresas. Neste sentido, as novas tecnologias compreendem as máquinas, os equipamentos, os diversos instrumentos. O modelo de organização das empresas e de organização do trabalho inclui também as inovações na gestão e nas relações de trabalho em um contexto histórico social.

No início dos anos 80 o governo preocupou-se com a formação dos profissionais de saúde do nível médio, justamente para suprir as necessidade nos serviços públicos e também no setor privado uma vez que a saúde estava voltada para o modelo biomédico, centralizado na doença, o que de certa forma era de interesse dos capitalistas do ramo. Segundo Pereira e Ramos (2006), até a década de 1980, as iniciativas em favor da profissionalização dos trabalhadores em nível médio era realizada baseada em treinamentos, configurando assim o desenvolvimento de um trabalho mecanicista.

Pensando em melhorar as ações de saúde de uma forma geral, o governo lançou o Projeto de Formação em Saúde em Larga Escala. Esse projeto não nasce de um dia para outro, mas é fruto do segundo acordo de cooperação entre a Organização Pan Americana de Saúde (Opas) com o Brasil no final de 1978 (PIRES-ALVES, PAIVA, 1988). Esse acordo, segundo os autores, tinha a finalidade de aumentar a assistência em saúde principalmente nas regiões de difícil acesso. Para concretizar esse plano após

várias reuniões com seus idealizadores, mobilizaram a cooperação técnica Opas-Brasil e, em conjunto com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, foi criado um grupo técnico para elaborar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).

O Prev-Saúde seguia as recomendações da Assembleia Mundial de Saúde, de 1977, e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano seguinte, em Alma-Ata (Cazaquistão). As recomendações foram a universalização dos serviços de saúde com ênfase para a atenção básica (PIRES-ALVES, PAIVA, 1988). Esse programa era abrangente e no tocante à formação dos Recursos Humanos em Saúde (RH). Pretendia-se ampliar a preparação de um contingente de pessoal auxiliar nos níveis médio e elementar e centrava na figura do médico as ações de comando – o que conseqüentemente colocaria os demais profissionais sob seu gerenciamento. A formação desses profissionais seria de forma descentralizada, aproveitando o local de trabalho para fazer a integração ensino-serviço. (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988).

O Programa pretendia estabelecer um plano de cargos e carreira nas três esferas de governo, objetivando com a participação das instituições estimular a formação de profissionais nas categorias consideradas mais escassas. No entanto, por mais que as propostas do Programa fossem abrangentes em todas as áreas e se preocupasse com a formação em massa dos trabalhadores de nível médio e elementar, indo ao encontro das necessidades da população naquele período (1979-1980), ele não se concretizou devido à crise econômica que se desencadeou de uma forma global, atingindo também o Brasil e tendo como consequência a redução da capacidade de financiamento do Estado. (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988).

Como estava previsto no Prev-Saúde, a formação em massa dos trabalhadores na área da saúde era essencial para contemplar o plano de expansão e da melhoria dos serviços de saúde em todo o país. Foi neste contexto, inspirado no projeto anterior, que em 1981 nasceu o Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar de Saúde (Projeto Larga Escala). Este programa foi motivado pela escassez de profissionais habilitados para o trabalho (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988). Segundo os autores, a demanda era formar 200 mil profissionais de nível elementar e médio. Para realizar esse feito foi lançado mão de novas metodologias de ensino, as quais proporcionariam não somente o desenvolvimento cognitivo e o aprimoramento de habilidades intelectuais e psicomotoras que conseqüentemente seriam

usadas em favor da atividade laboral, mas também o desenvolvimento da cidadania. O Projeto Larga Escala vinha romper com as práticas restritas ao mero treinamento utilitário de habilidades, seu objetivo era de promover, através da formação profissional e da certificação, a inclusão social dos trabalhadores da saúde.

Segundo Pereira e Ramos (2006), à certificação somava-se a necessidade de melhorar o ensino-aprendizagem e conseqüentemente a melhoria das ações de saúde para a população. De acordo com Pires-Alves e Paiva (1988), o processo de formação, tendo como protagonista a enfermeira Izabel dos Santos, foi dividido em dois componentes: a) a formação profissionalizante que era conduzida pelo pessoal de nível superior, provenientes das secretarias estaduais de saúde; b) a educação geral, conduzida pelos departamentos de ensino supletivo das secretarias de educação. Neste sentido o desafio metodológico do Larga Escala exigia,

um desenvolvimento que primasse pela integração ensino e serviço, atendendo a uma necessidade fundamental: proporcionar qualificação específica a uma significativa parcela da força de trabalho inserida nas instituições de saúde, não afastando os trabalhadores de suas atividades. Tratava-se, portanto, de garantir processos educativos vinculados à prática do serviço e que propiciassem ao trabalhador adquirir habilidades e capacidades para pensar e agir (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988, p. 79).

O Ministério da Saúde entendeu o Projeto Larga Escala positivamente, como proposta que agregava a formação profissionalizante realizada pelos serviços de saúde e também pelas instituições de ensino. Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde a proposta é reunir em só mecanismo os elementos essenciais para formação dos trabalhadores. Esses elementos são: a) a continuação dos estudos através do ensino supletivo para os alunos que já se encontravam trabalhando e pra os que estavam em processo de seleção. Para esse fim era necessário flexibilidade para ajustar ensino e serviço tanto de alunos como de docentes; b) estágios (treinamento, prática) eram realizados no local de trabalho visando o ajuste entre o tipo de qualificação e as necessidades das instituições de saúde; c) por fim a habilitação reconhecida pelo sistema educacional (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Dessa maneira, o programa foi pensado de forma descentralizada. Cada estado contava com um Grupo Estadual de Coordenação que tinha objetivo de acompanhar e avaliar o programa a nível estadual. O Estado era dividido em regiões para melhor estruturar geograficamente os cursos (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988). Existia ainda a



necessidade de um espaço físico onde o aluno trabalhador pudesse se reportar. Foram criados então os Centros de Formação de Recursos Humanos que, posteriormente, se constituíram nas Escolas de Formação Técnica de Saúde.

Neste contexto foi criada em Goiás no ano de 1980, a Escola de Auxiliar de Enfermagem do Hospital Geral de Goiânia (HGG), objetivando formar alunos nesta área para atender à demanda daquela instituição, concretizando assim o espaço pedagógico necessário para a formação dos trabalhadores (ESAP, 2017). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, amplia-se também em Goiás a cobertura de atuação do Centro Formador a todos os trabalhadores do SUS, abrangendo todo o processo de capacitação, qualificação e habilitação profissional na área da saúde. Neste ano o Secretário de Educação, Tobias Alves, assinou a Portaria de nº 5.799, de 27 de junho de 1988, que reconhecia a partir de 19 de maio de 1988, o curso supletivo em nível de 2º grau, na habilitação de Auxiliar de Enfermagem, ministrado pela Escola de Auxiliar de Enfermagem do HGG (ESAP, 2017).

Em 1993, mediante a Resolução nº 530–CEE, de 26 de março de 1993, o Centro Formador de Pessoal de Nível Médio e Elementar para a área de Saúde foi designado sucessor da Escola de Auxiliar de Enfermagem do HGG/INAMPS, integrando o Projeto Larga Escala. Seu propósito era o de ofertar cursos a profissionais engajados na força de trabalho do SUS, demandados pela rede de saúde, em nível de qualificação e habilitação, nas subáreas de Enfermagem e Saúde Bucal. Posteriormente, em 2002, por intermédio do Decreto nº 5.647, de 27 de agosto de 2002, foi criado o Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (CEP-SAÚDE), sendo designada unidade administrativa complementar da Secretaria de Estado da Saúde e integrante do Sistema Estadual de Educação Profissional em Saúde. Atualmente, o CEP-SAÚDE faz parte do organograma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago (ESAP), como uma Coordenação. A ESAP, foi criada em 2005, e é subordinada à Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS da Secretaria de Estado da Saúde instituída em 2011 (ESAP, 2017).

Existe em registros oficiais da Secretaria Escolar da ESAP, datados de 1988 até 2001, um quantitativo de 1.269 alunos formados em Auxiliar de Enfermagem, de forma descentralizada, isto é, os cursos eram planejados e estruturados pedagogicamente no CEP-SAÚDE e aplicados nas regiões de saúde localizadas nos municípios e também na capital, por docentes previamente capacitados de acordo com o que preconizava o Projeto.

Apesar de todas as dificuldades com logística, corpo docente, recursos financeiros, a formação dos trabalhadores acontecia com a adesão dos Estados ao Projeto. No entanto, o Larga Escala esbarrava em alguns pontos que, segundo Pereira e Ramos (2006) consistiam; na dificuldade dos profissionais da área da educação em compreender o processo pedagógico do curso, o que constitui em entraves burocráticos com o Ministério da Educação e a questão da divisão social e conseqüentemente da divisão técnica do trabalho, pois os profissionais de nível superior viam com naturalidade a condição de subserviência e alienação desses trabalhadores. Esses e outros entraves relacionados com o financiamento e a falta de uma coordenação a nível federal desacelerou as ações do Projeto Larga Escala e foi dando lugar a outros programas, como por exemplo o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) (PIRES-ALVES e PAIVA, 1988).

Ao concluir esse breve resgate histórico do Projeto Larga Escala, o qual teve grande significado no processo de formação dos trabalhadores de nível elementar e médio na área da saúde e em especial aos trabalhadores na enfermagem, observa-se que este foi um projeto arrojado que uniu duas instâncias governamentais (os ministérios da Saúde e da Educação) e, juntos, atuaram e promoveram o resgate social dos trabalhadores da saúde apesar das diferenças e das dificuldades existentes. No entanto não se pode negar que interesses políticos e econômicos estavam empiricamente nas bases da instituição do programa. Mesmo que a formação dos trabalhadores tenha acontecido em larga escala, visando diminuir as desigualdades sociais, principalmente nas relações de trabalho, esta por si só não foi a salvação dos problemas relacionados com a saúde, pois a formação dos trabalhadores era um dos muitos problemas de ordem social, econômica e política em nosso país.

### 3.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO MEDIANTE A RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 04/99

A Educação Profissional de Nível Técnico como uma alternativa para formar uma força de trabalho capaz de acompanhar os planos de desenvolvimento e crescimento socioeconômico no Brasil foi legalmente iniciada com a aprovação da Lei Nº 9.394, de 20/12/96, a qual definia que as reformas curriculares deveriam orientar as práticas pedagógicas organizadas em disciplinas voltadas para a construção de competências. (MARQUES, EGRY, 2011). A reforma implementada pela referida lei

incorporou a noção de competência e definiu a educação profissional como um fator estratégico de competitividade e desenvolvimento humano na nova ordem econômica mundial e o seu foco central é transferir os conteúdos curriculares para o desenvolvimento das competências (BRASIL, 2000). No documento do Ministério da Educação intitulado Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, fica claro que os currículos da Educação Profissional não podem ser pensados desvinculados das atividades laborais.

A Educação Profissional, através da Resolução CNE/CEB N.º 04/99, explicita que a característica básica da educação profissional é o desenvolvimento das competências. Neste sentido a educação profissional foi sendo flexibilizada e moldada para articular o ensino com áreas de atividades laboral e juntas desenharem os currículos para cada área de trabalho. A evidência dessa articulação entre ensino e trabalho está no Art. 5º da referida Resolução:

A educação profissional de nível técnico será organizada por áreas profissionais, constantes dos quadros anexos, que incluem as respectivas caracterizações, competências profissionais gerais e cargas horárias mínimas de cada habilitação. Parágrafo único. A organização referida neste artigo será atualizada pelo Conselho Nacional de Educação, por proposta do Ministério da Educação, que, para tanto, estabelecerá processo permanente, com a participação de educadores, empregadores e trabalhadores (BRASIL, 1999, p. 2).

Já a respeito do desenvolvimento das competências também está explícito no mesmo documento, no Art.6º, onde o conceito de competência profissional é definido como: “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. Neste sentido as competências requeridas pela educação profissional, considerada a natureza do trabalho, são especificadas neste documento em três categorias: a) competências básicas, constituídas no ensino fundamental e médio; b) competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área; c) competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação (BRASIL, 1999).

As competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais são definidas como competências profissionais gerais das diversas habilitações técnicas relativas a uma mesma área, devendo deter as mesmas competências profissionais gerais que deverão ser acrescidas das competências profissionais específicas da habilitação. Segundo este documento, na área da Saúde as competências gerais dos técnicos de nível

médio foram agrupadas em cinco sub-funções que configuram o núcleo da área de saúde, com dois objetivos: conferir um perfil inicial comum a todos os técnicos e facilitar ao aluno a construção de itinerários de formação que atendam às suas expectativas e perspectivas de empregabilidade. Neste sentido o estudo baseado no desenvolvimento das competências redime o aluno em relação às consequentes perdas de uma forma geral com tecnicismo, mas continua uma educação voltada para as determinações do mercado de trabalho e por isso flexibilizada.

### 3.6 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DO SETOR PRIVADO X EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DAS ESCOLAS TÉCNICAS SUS.

Mediante o decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997, o currículo da Educação Profissional de Nível Técnico passa a obedecer às seguintes normas: a) as diretrizes curriculares nacionais, constantes de carga horária mínima do curso, conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas, por área profissional; b) os órgãos normativos do respectivo sistema de ensino complementarão as diretrizes definidas no âmbito nacional e estabelecerão seus currículos básicos, onde constarão as disciplinas e cargas horárias mínimas obrigatórias, conteúdos básicos, habilidades e competências, por área profissional; c) o currículo básico, referido no inciso anterior, não poderá ultrapassar 70% da carga horária mínima obrigatória, ficando reservado um percentual mínimo de 30% para que os estabelecimentos de ensino, independente de autorização prévia, sejam regulamentados e seus diplomas passarão a ter validade nacional. No artigo 7º desse mesmo documento ficou determinado que para a elaboração das diretrizes curriculares para o ensino técnico deverão ser realizados estudos de identificação do perfil de competências necessárias à atividade requerida, ouvindo os setores interessados, inclusive trabalhadores e empregadores. Para a atualização desses currículos o Ministério da Educação criou mecanismos institucionalizados, com a participação de professores, empresários e trabalhadores (BRASIL, 1997).

Nota-se que o Estado se distância consensualmente de suas obrigações para com a sociedade e ao mesmo tempo se vale dessa mesma sociedade para colocar em suas mãos a função de formar cidadãos para a vida profissional. Haja vista que este decreto abre um precedente à mercantilização da educação. Segundo Santos (2017) os integrantes do governo de Fernando Henrique Cardoso acreditavam ser melhor entregar ao empresariado a formação profissionalizante deixando claro que o Estado não se responsabilizaria pela educação profissionalizante. Outra nota relevante sobre esse

decreto é que reforça a ideia de reduzir a educação profissional para fins e valores do mercado, sendo os meios de produção os principais beneficiados nesta lei. (Santos, 2017)

Com o objetivo de viabilizar os estudos aos trabalhadores o currículo foi flexibilizado e estruturado em disciplinas, que poderão ser agrupadas sob a forma de módulos. Se forem organizadas em módulos poderão ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional, dando direito, neste caso, a certificação de qualificação profissional. Poderá também haver aproveitamento de estudos de disciplinas ou módulos cursados em uma habilitação específica para obtenção de habilitação diversa. Nos currículos organizados em módulos, para obtenção de habilitação, estes poderão ser cursados em diferentes instituições credenciadas pelos sistemas federal e estadual, desde que o prazo entre a conclusão do primeiro e do último módulo não exceda cinco anos. A administração das disciplinas principalmente, em função de sua experiência profissional, que deverão ser preparados para o magistério, previamente ou em serviço, através de cursos regulares de licenciatura ou por meio de programas especiais de formação pedagógica. Toda essa flexibilização em relação aos currículos tem como objetivo a formação do trabalhador. Nota-se não só a flexibilização na estrutura curricular como em todo o processo formativo, incluindo também aos docentes (BRASIL, 2000).

A flexibilização está também expressa na proposta do Ministério da Educação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, encaminhada ao Conselho Nacional de Educação (CNE) pelos Avisos Ministeriais nº 382 e 383, de 15 de outubro de 1998 e nº 16, de 21 de janeiro de 1999, onde o Ministério da Educação considera duas premissas básicas para a elaboração dos currículos: a) as diretrizes devem possibilitar a definição de metodologias de elaboração de currículos a partir de competências profissionais gerais do técnico por área; b) cada instituição deve poder construir seu currículo pleno de modo a considerar as peculiaridades do desenvolvimento tecnológico com flexibilidade e a atender às demandas do cidadão, do mercado de trabalho e da sociedade (BRASIL, 2000). Nesta lógica cada instituição de ensino contemplando as orientações básicas pode desenvolver currículos em conformidade com o seu potencial, o que não assegura um ensino de qualidade a todas as pessoas.

Neste sentido, a Resolução CEE/PLENO n. 04, de 29 de maio de 2015, a qual determina as normas para a oferta da Educação Profissional Técnica de Nível Médio e

Educação Profissional Tecnológica de Graduação e Pós-Graduação para Sistema Educativo do Estado de Goiás, está em consonância com o documento acima, expresso da seguinte forma,

[...] está assegurada autonomia às instituições de educação para a organização desenvolvimento curricular de cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, conforme Projeto Político Pedagógico, considerando as competências indicadas, os perfis profissionais de conclusão as demais normas regulamentadoras aplicáveis (CEE-GO, 2015, p. 4).

No que se refere aos currículos dos cursos de nível técnico destinados à área da enfermagem no Estado de Goiás podemos observar suas características mediante a organização curricular de uma Instituição de Ensino da rede privada disponível em ambiente virtual e de domínio público. A estrutura curricular atualmente utilizada para os cursos de Nível Técnico com saída para a habilitação em Auxiliar de Enfermagem está disposto da seguinte maneira:

#### **MÓDULO I – NÚCLEO COMUM**

##### **Bloco Temático: Educação em Saúde/ Prevenção e proteção à saúde**

##### **Componente Curricular:**

- 1-Anatomia e fisiologia humana
- 2-Psicologia aplicada à saúde e a doença
- 3-Primeiros socorros

#### **MÓDULO II – 1º TEMA**

##### **Bloco Temático: Assistência e cuidados de Enfermagem**

##### **Componente Curricular:**

- 1-Fundamentos de enfermagem
- 2-Enfermagem em saúde coletiva
- 3-Enfermagem em saúde mental

#### **MÓDULO II – 2º TEMA – QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

##### **Bloco Temático: Recuperação e reabilitação I/Saúde da mulher e da criança**

##### **Componente Curricular:**

- 1-Enfermagem em clinica médica
- 2-Enfermagem em clinica cirúrgica e centro cirúrgico
- 3-Enfermagem em ginecologia, obstetrícia, neonatologia e pediatria.
- 4- ESTÁGIO

#### **MÓDULO III – HABILITAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM**

##### **Bloco Temático: Recuperação e reabilitação II/Gestão em saúde**

##### **Componente Curricular:**

- 1- Saúde coletiva II
- 2- Enfermagem em oncologia
- 3- Enfermagem em hemodiálise

- 4- Enfermagem em geriatria
- 5- Enfermagem em queimaduras
- 6- Enfermagem em urgência e emergência
- 7- Enfermagem em unidade de terapia intensiva
- 8- Gestão dos serviços hospitalares
- 9- Psicologia aplicada ao trabalho
- 10- estágio supervisionado módulo III (COLÉGIO VITÓRIA, 2018)

Uma observação considerável recai sobre o caráter flexível mantido nos cursos. No *site* da escola o curso é anunciado da seguinte forma: “Curso rápido para que você possa entrar no mercado de trabalho e alcançar o sucesso em alguns meses” (COLÉGIO VITÓRIA, 2018). São 18 meses para alunos que estudam durante a semana, 24 meses para alunos das turmas de finais de semana. Nota-se que além das determinações constituídas legalmente para flexibilizar os cursos técnicos de nível médio, ainda nos deparamos com anúncios que atribuem à formação rápida com a iminente inserção no mercado de trabalho, o que sabemos que tal promessa se constitui numa forma de vender o serviço de educação. Empiricamente, está presente a lógica do lucro. Não faz diferença para o dono da escola se já existe no mercado um quantitativo excedente de pessoas formadas.

Contrapondo a formação imediatista na área da saúde em especial da enfermagem, estão as Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS). As ET-SUS fazem parte de uma rede de escolas técnicas do SUS que tem como objetivo formar os recursos humanos do sistema de saúde. A Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, no TÍTULO IV do art. 27, que dispõe sobre a formação de “Recursos Humanos” do SUS, refere que esta, é de sua competência em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação em cada esfera de governo. Segundo Ramos (2012) as ET-SUS tem origem diferentes, umas foram criadas ainda no INAMPS na década de 1970. O que essas escolas têm em comum e as identificam é o fato de serem escolas do setor saúde e terem como finalidade melhorar a educação profissional nessa área e promover a qualificação técnica de seus trabalhadores de forma descentralizada e com uma estreita ligação com o serviço.

As ET-SUS têm sua história intimamente ligada ao processo de redemocratização do país que teve como fomento a Reforma Sanitária, movimento desencadeado na luta contra a ditadura, nos anos de 1970. Esse movimento tinha entre outros ideais a reforma do sistema de saúde brasileiro. Neste sentido a sociedade civil organizou e levou à VIII Conferência Nacional de Saúde e à de Recursos Humanos

realizadas em 1986 a proposta distinta de formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos termos do Projeto Larga Escala. A proposta priorizava a discussão sobre as estratégias pedagógicas em detrimento a divisão técnica do trabalho. (RAMOS, 2012)

Ainda sob os estudos de Ramos (2012) que se baseou no relatório do Projeto Memória da Educação Profissional <sup>15</sup>realizado em 2006 pela equipe de pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV refere que nessa época existia uma preocupação em melhorar o atendimento nos serviços de saúde na rede pública, e, para isso acontecer deveria também melhorar da formação dos trabalhadores, no entanto estes profissionais não podiam ser desvinculados do serviço, pois, faziam parte dele e acima de tudo necessitavam do trabalho para sobreviver.

Neste sentido as ET-SUS procura incrementar um projeto pedagógico que fosse inclusivo. Segundo a idealizadora do Projeto Larga Escala, a enfermeira Izabel dos Santos, se o aluno trabalhador não tinha como ir à escola, a escola tinha que ir ao encontro desse aluno, e, a ainda existia a questão metodológica, era necessário traçar estratégias que transmitissem o conhecimento e ao mesmo tempo aproveitasse as suas experiências profissionais. (PERIRA e RAMOS 2006)

No que se referem às questões metodológicas estas foram amplamente discutidas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação muitas vezes resultando em impasses, pois o pessoal da educação não entendia que o aluno trabalhador era diferente de um aluno da escola regular, não podia pagar por uma formação, sem contar que estava disperso nos serviços de saúde em todo o país. A metodologia empregada na ET-SUS é diferente em seu processo avaliativo, o que leva em conta é a compreensão do conhecimento (teoria), das técnicas, e a sua ligação com o trabalho desempenhado pelo trabalhador lá na ponta dos serviços. (PERIRA e RAMOS 2006)

Segundo Ramos (2012) a dificuldade de compreender esse processo por parte do Ministério da Educação, é que as ET-SUS cumpriram o papel de escola- função assim como pensava Izabel dos Santos. Escola –função é diferente da escola politécnica a qual forma novos trabalhadores mediante um ensino geral, e não somente os que já estão inseridos no trabalho. A escola – função não é convencional ela atende o aluno em seu local de trabalho de maneira descentralizada aproveitando também os profissionais

---

<sup>15</sup> Projeto Memória da Educação Profissional, foi financiado com recursos do Ministério da Saúde no âmbito do Plano Diretor para o biênio 2004-2006 da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com o apoio da Organização Panamericana de Saúde. Tal Projeto subsidia dados importantes para resgatar a história da criação das ET-SUS. (LIMA e BRAGA, 2006) Rio de Janeiro 2006.



graduados para serem instrutores. A Educação Profissional na visão da enfermeira, deveria ser essencialmente tecnológica, porém, não tecnicista nem pragmática, pois os alunos deveriam compreender as técnicas e a teoria que sustenta a técnica. O pragmatismo e tecnicismo estão relacionados com um ensino voltado para desenvolver ações repetitivas, baseado na prática e não na compreensão teórica das técnicas. (RAMOS, 2012)

Concebendo o trabalho como princípio pedagógico o CEP-SAÚDE-GO incorporou em suas atividades as ações do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) formando nos anos de 2001 a 2005 2.746 alunos trabalhadores na área de enfermagem que se encontravam sem habilitação técnica nos mais diversos municípios do estado. Atualmente Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago” integra a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS - SEST/SUS, e, o CEP-SAÚDE passou a ser uma coordenação da Escola, continuando, porém, com a responsabilidade de atender as demandas ascendentes dos municípios goianos relacionadas com a Educação Profissional em todas as áreas da saúde. (SEST-2018)

Atualmente a Escola de Saúde Pública concretizando a missão de realizar as ações de Educação Permanente em Saúde- EPS, visando o aprimoramento dos processos de trabalho dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários do SUS, mediante ações educativas locais no tocante a: a) formação inicial e continuada, destinadas a capacitação e qualificação independente do nível de escolarização; b) formação técnica, destinado à habilitação técnica profissional de alunos ou egressos do ensino médio; c) formação pós – técnico destinado a complementação técnica dos profissionais de nível médio; d) Pós- graduação, destinados aos profissionais graduados do SUS em Goiás. (SEST, 2018)

A Escola está comprometida em fortalecer as ET-SUS por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- PNE, neste sentido tem proporcionado aos seus servidores condições de continuarem o processo formativo *latu e stricto sensu*, visando manter uma equipe de profissionais capazes de desenvolver suas atividades baseado no conhecimento teórico e técnico.

### 3.7 PEDAGOGIA TECNICISTA E PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM. EMANCIPAÇÃO OU TREINAMENTO?

Segundo Ramos, “o tecnicismo como uma teoria pedagógica é tributária da concepção produtivista da educação que confere um importante papel à educação no processo de desenvolvimento capitalista” (2012, p. 191). Ramos refere que sob a hegemonia do capital as políticas educacionais buscando a redução de custos com educação associou-se às demandas do setor produtivo e se organizaram mutuamente numa relação em que defendiam que o aprendizado das relações sociais de produção dava-se pelas relações sociais da educação. O que em outras palavras quer dizer que a educação estaria a desenvolver conteúdos de acordo com o surgimento das atividades laborais nas mais diversas áreas de trabalho.

Para Saviani (2008), o tecnicismo no Brasil resultou da tentativa de desenvolver uma Escola Nova a qual fosse capaz de diminuir as diferenças sociais. Exemplos mais significativos são as pedagogias de Freinet e Paulo Freire. Segundo Saviani, partindo do pressuposto da neutralidade científica, o tecnicismo inspira-se nos princípios da racionalidade, eficiência e produtividade e busca a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional, tal como ocorreu no trabalho fabril.

Duarte, (2001) enfatiza que o ensino tecnicista tenta aproximar o processo de educação ao processo de produção fabril, geralmente desenvolvimento sob apostilamento. Neste sentido, os conteúdos são planejados e estabelecidos na apostila, o que não requer do professor um esforço maior no processo de planejamento dos conteúdos, que funciona como um mero executor do que já está estabelecido. De acordo com Silva (2016), a pedagogia tecnicista tem origem no cientificismo, o qual defende que o conhecimento válido é aquele que tem como base a observação e a experimentação. Neste ponto, Saviani e Duarte convergem. Afirma o primeiro:

[...] na pedagogia tecnicista o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno uma posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo, cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialista supostamente neutros, objetivos e imparciais. A organização do processo converte-se na garantia da eficiência, compensando e corrigindo as deficiências do professor e maximizando os efeitos de sua intervenção (SAVIANI, 2008, p. 11).

O tecnicismo, ou pedagogia tecnicista, teve como aporte científico a Economia da Educação, que é a disciplina que estuda os impactos financeiros, na educação, a

Teoria do Capital Humano, a qual atribuía a capacidade de produção de uma empresa à formação de seus recursos humanos e associou-se também ao controle do comportamento o “behaviorismo”<sup>16</sup> (RAMOS, 2008; SILVA, 2016).

De acordo com Ramos (2012) e Silva (2016), a pedagogia tecnicista sofreu influência da administração científica do trabalho (Taylorismo/Fordismo/Toyotismo) que, como modelos de racionalização típicos do sistema de produção capitalista, serviram de orientação para o tecnicismo aplicado também à educação.

Segundo Silva (2016), as reformas de ensino e as alterações nas bases organizacionais para ajustar a educação ao modelo econômico do capitalismo ficaram evidenciadas nos princípios da Lei nº 5.540/68 e da Lei nº 5.692/71, sendo esta responsável por introduzir nas escolas brasileiras um currículo por áreas de estudo, não reconhecendo as disciplinas científicas, priorizando o desenvolvimento de habilidades, atitudes e conhecimentos necessários à integração no processo produtivo. No Brasil, o tecnicismo como prática pedagógica se destaca a partir dos anos de 1960/70, devido a necessidade de formar trabalhadores para atuarem nas empresas multinacionais implantadas no país nessa época as quais são frutos de laços estreitos com os Estados Unidos, em vários segmentos de trabalho incluindo o setor educação (RAMOS, 2006; SILVA, 2016).

O tecnicismo como prática pedagógica também está ligado às pedagogias do “aprender a aprender”,<sup>17</sup> e tem a pedagogia das competências como referencial.

---

<sup>16</sup> O Behaviorismo surgiu, no começo deste século, como uma proposta para a Psicologia tomar como seu objetivo de estudo o comportamento ele próprio, e não como indicador de alguma outra coisa, ou seja, como indício da existência de um fenômeno que se expressaria através do comportamento. Surgiu como reação às posições, então dominantes, de que a Psicologia deveria estudar a mente ou a consciência dos homens. Em fins do século passado a ciência de modo geral começou a colocar uma forte ênfase na obtenção de dados ditos objetivos, em medidas, em definições claras, em demonstração e experimentação. Esta influência se fez sentir na Psicologia, no começo deste século, com a proposta behaviorista feita por Watson: "Por que não fazemos daquilo que podemos observar, o corpo de estudo da Psicologia. A proposta de Watson incluía: - estudar o comportamento por si mesmo; opor-se ao Mentalismo, e ignorar fenômenos como consciência, sentimentos e estados mentais; aderir ao evolucionismo biológico e estudar tanto o comportamento humano quanto o animal, considerando este último mais fundamental; adotar o determinismo materialístico; usar procedimentos objetivos na coleta de dados, rejeitando a introspecção; realizar experimentação controlada; realizar testes de hipótese de preferência com grupo controle; observar consensualmente e evitar a tentação de recorrer ao sistema nervoso para explicar o comportamento. para Watson, todo o comportamento de interesse é comportamento aprendido e as causas do comportamento devem ser buscadas em seus antecedentes imediatos (exigindo, portanto uma contiguidade espaço-temporal entre esses antecedentes e o comportamento) (MATOS, 1995, p. 1-2).

<sup>17</sup> O aprender a aprender esta relacionado, também um aprender fazendo, que Newton Duarte apresenta como a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo numa ampla gama de situações e circunstâncias, que o aluno “aprenda a aprender”. Aprender sozinho contribuiria para o aumento da autonomia do indivíduo, enquanto aprender como resultado de um processo de transmissão por outra pessoa seria algo que não produziria a autonomia e, ao contrário, muitas vezes até seria um obstáculo para a mesma. No entanto Duarte questiona esse método refere que as pedagogias do “aprender a aprender”

Segundo Duarte (2001), a pedagogia das competências é integrante de uma ampla corrente educacional contemporânea, tem como principal característica a focalização sobre o aluno, isto é, sobre as potencialidades do aluno. É uma pedagogia que prima pelos métodos ativos e requer uma revolução cultural para passar da lógica do ensino para a lógica do treinamento, chamado de *coaching* pelo defensor dessa pedagogia, o sociólogo francês Philippe Perrenoud. Este raciocínio foi expresso também por Silva (2016) ao realizar estudo sobre a pedagogia tecnicista e a organização do sistema de ensino brasileiro,

[...] o discurso da pedagogia tecnicista se coaduna com a lógica do modelo de competências ao ter como base uma educação que privilegia a lógica da instrução e a transmissão da informação. Mais especificamente, o reducionismo tecnicista – em que a formação de professores parte da dimensão acadêmica para a dimensão experimental/instrumental/pragmática e coloca a ênfase nas competências e habilidades dos professores e alunos busca, prioritariamente, o alcance das metas e resultados preestabelecidos para assim garantir a eficiência e a produtividade na educação (SILVA, 2016, p. 198).

O “aprender a aprender”, segundo Duarte, está relacionado com o “aprender a fazer<sup>18</sup>”, teoria desenvolvida por John Dewey. Nesta perspectiva a pedagogia das competências valoriza o treinamento, visa a redução dos conteúdos científicos, parte do pressuposto que a reflexão e a problematização desperta no aluno o interesse em buscar soluções as quais são debatidas, e posteriormente confrontadas com a realidade, e assim buscam na teoria as possibilidades de resolver os problemas. Duarte refere que Perrenoud expressou-se da seguinte maneira ao referir-se sobre a pedagogia das competências:

Para desenvolver competências é preciso antes de tudo por problemas e projetos propor tarefas complexas e desafios que os incitem a mobilizar seus conhecimentos e, em certa medida completá-los. Isso

---

estabelecem uma hierarquia valorativa na qual aprender sozinho situa-se num nível mais elevado do que a aprendizagem resultante da transmissão de conhecimentos por alguém. Este é um princípio valorativo elaborado por Newton Duarte, professor da Universidade Estadual Paulista no Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar, descrita em sua obra “As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento (DUARTE, 2001, p. 35-36).

<sup>18</sup> O ‘aprender a fazer’, esta relacionado a hiperespecialização e a extensa utilização de cartilhas desenvolvida no ensino tecnicista, o qual é bem explicitado por Dermeval Saviani. “a partir do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade e eficiência produtividade essa pedagogia advoga a reordenação do processo educativo, de maneira a torna-lo objetivo e operacional. De modo semelhante ao que ocorreu no trabalho fabril pretende-se a objetivação do trabalho pedagógico” (SAVIANI, 2008, p. 10).

pressupõe uma pedagogia ativa, cooperativa, aberta para a cidade ou para o bairro, seja na zona urbana ou rural. O professor deve parar de pensar que dar aulas é o cerne da profissão. Ensinar hoje deveria consistir em conceber, encaixar e regular situações de aprendizagem seguindo os princípios ativos e construtivos (apud Duarte, 2001,p. 35)

Ainda citando Duarte (2010) sobre a pedagogia das competências, o mesmo refere que o que há de específico nesta pedagogia é a tentativa de decomposição do aprender a aprender em uma listagem de habilidades e competências cuja formação deve ser objeto da avaliação, em lugar da avaliação da aprendizagem de conteúdos, o que a vincula com métodos escolanovistas.

Segundo Saviani (2008), o movimento da Escola Nova, ou escolanovismo, tentou se articular com o processo de desenvolvimento da ciência, considerando o ensino como um processo de pesquisa. Neste sentido o ensino seria o desenvolvimento de um projeto de pesquisa ou de uma atividade. Saviani elenca cinco momentos para desenvolver esse projeto ou atividade; a) primeiro passo levantamento do problema; b) segundo passo, levantamento de dados; c) terceiro passo, formular as hipóteses de solução; d) quarto passo, é a experimentação onde alunos e professores procuram explicação do problema e e) o quinto passo é confirmar ou rejeitar as hipóteses de solução.

Saviani faz crítica a esse método de ensino justamente porque a Escola Nova reduziu a diferença entre o ensino e a pesquisa o que empobreceu o ensino clássico e inviabilizou a pesquisa. Segundo ele,

[...] se a pesquisa é incursão no desconhecido, e por isso ela não pode estar atrelada a esquemas rigidamente lógicos e preconcebidos também é verdade que: primeiro o desconhecido só se define por confronto com o conhecido, isto é, se não se domina o já conhecido, não é possível detectar o ainda não conhecido, a fim de incorporá-lo, mediante a pesquisa, ao domínio do já conhecido (SAVIANI, 2008, p. 38).

Saviani refere que na pedagogia tecnicista é o processo de produção que determina como o ensino aprendido será conduzido e afirma ainda que ao final do processo formativo o tecnicismo, como prática pedagógica, não compreende a marginalidade como exclusão social, fruto das diferenças sociais, mas, sim como incompetência, ineficiência e improdutividade. Neste sentido a educação é redentora na medida em que formar pessoas aptas a contribuir com o aumento da produtividade. O

que em outras palavras entendemos que o ensino tecnicista reduz o aluno a mais uma peça da engrenagem do processo de produção.

No que se refere às leis que legitimam a pedagogia das competências como proposta pedagógica a ser assimilada pelas escolas, Silva e Maciel (2010) afirmam que a partir da década de 1990 as políticas neoliberais foram implantadas no Brasil com maior vigor com a construção do Plano Decenal de Educação para Todos (1993-2003). Neste plano previa-se a necessidade de elaboração de parâmetros no campo curricular com a função de orientar as ações educativas em todo país. Segundo os autores, citando trechos de documentos do governo, referem que o Plano era claro em dizer que as escolas necessitavam de uma prática educativa adequada às necessidades sociais, políticas, econômicas e culturais que correspondessem a realidade brasileira, e que garantissem aos alunos condições de serem futuros cidadãos competentes, autônomos, críticos e participativos.

Em outro documento do Ministério da Educação (MEC), de 1997, fica explícito:

Não basta visar à capacitação dos estudantes para as futuras habilitações em termos das especializações tradicionais, mas antes trata-se de ter em vista a formação dos estudantes em termos de sua capacitação para a aquisição e desenvolvimento de novas competências (Silva e Maciel, 2010, p.5).

O mesmo documento, continuam os autores, explicitava que o processo de ensino e aprendizagem e aquisição das competências se dariam através de metodologias que priorizasse o trabalho em equipe, visando a comprovação das hipóteses construídas. Em 2000 foi aprovado o PNE, que apresentou as diretrizes para o Ensino Médio e enfatizou:

A terceira etapa da educação básica – vai compor-se, também, de segmentos já inseridos no mercado de trabalho, que aspirem melhoria social e salarial e precisem dominar habilidades que permitem assimilar e utilizar, produtivamente, recursos tecnológicos novos e em acelerada transformação (SILVA e MACIEL, 2010, p. 10).

O objetivo do Plano é preparar os jovens para os desafios da modernidade, mediante um ensino que proporcione aquisição de competências relacionadas ao pleno exercício da cidadania e da inserção produtiva. Observando os desdobramentos a respeito do ensino profissionalizante, nota-se que o tecnicismo foi organizado para resolver de maneira prática e rápida as questões relacionadas com a falta de força de trabalho capacitada para garantir o desenvolvimento econômico e colocou sob a

responsabilidade da escola assegurar o aumento da produtividade fabril. Porém na lógica do capitalismo o ensino tecnicista trouxe aos trabalhadores a chance de serem reconhecidos profissionalmente, mesmo que para isso a responsabilidade da formação tenha sido colocada sob os ombros dos trabalhadores, isentando o Estado das responsabilidades com o ensino de qualidade.

No que diz respeito ao ensino dos cursos profissionalizantes de enfermagem nos anos 1980, como no caso dos cursos do Projeto Larga Escala, ao qual fizemos um breve relato de sua trajetória, nota-se que a busca por um ensino que formasse de forma aligeirada a população de trabalhadores na área da saúde lançou mão das pedagogias modernas, porém sem a intenção de extinguir o ensino clássico. Foi acima de tudo uma resposta imediata às necessidades do momento histórico, que proporcionou ao profissional de enfermagem um alargamento dos conhecimentos e também a certificação a qual grande maioria não possuía e por isso essa força de trabalho era expropriada dos seus direitos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos este breve estudo, mas longe de esgotar a investigação sobre os temas os quais nos causaram inquietação e questionamentos, podemos dizer que acima de tudo a pesquisa nos proporcionou uma aproximação com um conteúdo novo, desconhecido e ao mesmo tempo atual e imensamente relevante para a categoria de enfermagem como um todo.

A pesquisa sobre as questões gerais, as que englobam a história, a sociedade e a economia permitiu nos aproximar dos objetos os quais pretendíamos desvelar e os quais fazem parte do contexto da profissão de enfermagem. O trabalho da enfermagem nos diferentes momentos da história, caracterizado pela assistência aos doentes, se mistura com o saber orgânico de cada sociedade pré-capitalista. Porém, isso não descaracterizou o cuidado que foi e sempre será o alvo do trabalho na enfermagem. No capitalismo a enfermagem se depara com uma sociedade permeada de contradições e vai encontrar nas instituições de saúde um campo onde pode executar o trabalho mediante os conhecimentos teóricos.

A separação do saber próprio da enfermagem do saber médico foi sem dúvida um ganho, porém a subordinação ao ato médico é uma questão que dificultou o processo de emancipação da enfermagem no Brasil. A medicina ainda em nossos dias é uma profissão independente e etilizada e por isso no espaço institucional onde os saberes se complementam a postura dos profissionais de enfermagem principalmente de nível médio tende a ser uma postura servil, evidenciando assim a divisão social do trabalho em saúde.

No tocante à precarização do trabalho, concluímos que os profissionais de enfermagem, de todas as categorias, passam pelos mesmos constrangimentos causados pela precarização nas relações de trabalho. O profissional de nível médio a nosso ver passa por maiores dificuldades devido a desregulamentação do trabalho materializado na sobrecarga e no trabalho sobre o fluxo tensionado que causa sofrimento e alienação.

Ainda no tocante à precarização concluímos que os profissionais de nível médio são também menos onerosos para os empregadores e por isso são facilmente substituídos, segundo os interesses das instituições. Devido a grande oferta da força de trabalho estes profissionais se sujeitam ao trabalho precário, que está longe de se caracterizar apenas pelos baixos salários. Para enfrentar a desregulamentação do trabalho os profissionais de enfermagem devem se organizar junto às instituições que



tem poder de negociação e reivindicação assim como os órgãos que regula e fiscaliza a profissão.

No que se refere à formação dos trabalhadores na área da enfermagem, concluímos que esta aconteceu paralelamente com as necessidades da sociedade e do Estado em determinados momentos da história no sistema capitalista. Conferimos que o Estado pouco correspondeu às necessidades da classe trabalhadora, priorizou os interesses das classes dominantes em todos os momentos em que foi necessária a formação dos trabalhadores para consolidar as propostas do Estado no processo de desenvolvimento e crescimento econômico. Na formação dos profissionais de enfermagem observam-se lacunas nos currículos sendo estes voltados essencialmente para as técnicas. Notamos que há prejuízo com a baixa escolarização que contribui para a redução dos salários, o subemprego e a marginalização do trabalhador. Esses fatores facilitam a precarização do trabalho e acentua ainda mais divisão social.

Apesar de a educação ser um instrumento de emancipação das pessoas, no sistema capitalista a formação dos trabalhadores de enfermagem tem caminhado de acordo com as políticas reducionistas do Estado as quais priorizam a educação voltada para a imediata inserção no trabalho em detrimento de uma educação ontológica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGR. Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos. Contratos com OSs. Publicação Janeiro 2013. Disponível em: <<http://www.agr.go.gov.br/regulacao-e-fiscalizacao/contratos-com-oss.html>> Acesso em: 13 novembro 2018.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J. S. Y. O saber da Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo. Cortez. 1986.

ALVES, G. DIMENSÕES DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA. Ensaios de sociologia do trabalho. 2ª edição. Ed. Praxis. Bauru, 2007.

ALVES, G. Limites do sindicalismo - Marx, Engels e a crítica da economia política. -- Bauru: Giovanni Alves, 2003. Disponível em: <<http://www.giovannialves.org/lis.pdf>>. Acesso em: 06 junho 2018.

ALVES, G. Toyotismo. RET- Rede de Estudos do Trabalho. (2004) Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/Toyotismo.pdf>> Acesso em: 14 outubro 2014.

ANACLETO, R. CERTIFICADO DE ATENDENTE DE ENFERMAGEM. Nº 1102. Instituto Espírito Santo. Jataí- Goiás. 1977.

ANTUNES, R. A Nova morfologia do Trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In Trabalho, Educação e Saúde. 25 anos de Formação Politécnica no SUS. Rio de Janeiro, 2010.

ANTUNES, R.; ALVES, G. AS MUTAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO NA ERA DA MUNDIALIZAÇÃO DO CAPITAL. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso: 10 maio 2018.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc. São Paulo, n. 123, p. 407-427. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>. Acesso em 28 agosto 2018.

ANTUNES, R.; DRUCK, G.; A. TERCEIRIZAÇÃO COMO REGRA? Rev. TST, Brasília, vol. 79, n. 4, out/dez 2013. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/55995>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

ANTUNES, R.; A SOCIEDADE DA TERCEIRIZAÇÃO TOTAL THE TOTAL OUTSOURCING SOCIETY. Revista da ABET, v. 14, n. 1, Janeiro a Junho de 2015. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=Ricardo+Antunes+tercirização&rlz=1C1CHZ>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

ANTUNES, R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo. 2005. Ed. Boitempo.

AQUINO, F. O que foram as Cruzadas? Disponível em: <<https://cleofas.com.br/o-que-foram-as-cruzadas/>>. Acesso em: 22 outubro 2018.

BARALDI, S.; CAR, M. R. Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil: o caso Profae. Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril; 16(2). Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 30 maio 2018.

BARRADAS, A.M.S. "FABRICA PIPMO" - UMA DISCUSSÃO SOBRE POLÍTICA DE TREINAMENTO DE MÃO-DE-OBRA NO PERÍODO 1963-82. Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8590/000049016.pdf>>. Acesso em 20 jun 2018.

BARROSO, I.C. OS SABERES DE PARTEIRAS TRADICIONAIS E O OFÍCIO DE PARTEJAR EM DOMICÍLIO NAS ÁREAS RURAIS. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, N° 2. Dez. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/download/34/n2Iraci.pdf>>. Acesso em: 26 junho 2018.

BELLAGUARDA, M. L. R.; PADILHA, M. I.; PIRES, D. E. P. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (1975-1986): IMPORTÂNCIA PARA A PROFISSÃO. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 654-61. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-2015003750013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-2015003750013.pdf)>. Acesso em: 20 outubro 2017.

BIFF, D. CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Florianópolis, 2016. Disponível em: 28 julho 2018.

BRAGA, R.P.; TERCEIRIZAÇÃO: O PROJETO DE LEI N° 4.330/2004. Rev. TST, Brasília, vol. 81, no 3, jul/set 2015. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus.br/>>. Acesso em: 02 set 2018.

BRASIL, Decreto nº 15.230, de 31 de Dezembro de 1921. Aprova o regulamento para o Serviço de Saúde do Exército em tempo de paz - Publicação Original. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-15230-31-dezembro-1921-507657-publicacaooriginal-91218-pe.html>> Acesso em 10 julho 2018.

BRASIL, Câmara dos Deputados. Decreto nº 20.109, de 15 de Junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Rio de Janeiro, 1931. Diário Oficial da União - Seção 1 - 28/6/1931, Página 10516 (Publicação Original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/>>. Acesso em: 24 junh 2018.

BRASIL, Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada - DECRETO N° 20.931, DE 11 DE JANEIRO DE 1932 - Publicação Original. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico,

parteira e enfermeira, no Brasil. Disponível em:  
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20931-11-janeiro-1932-507782-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 20 agosto 2018.

BRASIL, LEI Nº 775, DE 6 DE AGOSTO DE 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1930-1949/L775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1930-1949/L775.htm) > Acesso em: 10 outubro 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf) >. Acesso em: 29 setembro 2018.

BRASIL, CONGRESSO NACIONAL. LEI Nº 2.604, DE 17 DE SETEMBRO DE 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L2604.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2604.htm)> acesso em 20 set 2018.

BRASIL, Ministério. Educação e Cultura. Evolução do ensino superior : 1980-1998 / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, 2000. Disponível em:  
<[http://download.inep.gov.br/download/censo/1998/superior/evolucao\\_1980-1998.pdf](http://download.inep.gov.br/download/censo/1998/superior/evolucao_1980-1998.pdf)> acesso em 09 set 2018.

BRASIL, LEI Nº 5.905/73, DE 12 DE JULHO DE 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html) > Acesso em: 22 de outubro 2018.

BRASIL. Resolução Cofen nº. 186/1995. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995_4248.html)> Acesso em: 04 junho 2018.

BRASIL, LEI Nº 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://www.cofen.gov.br/> > Acesso em: 08 agosto 2018.

BRASIL, Min. Educação. Educação Profissional . Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília 2000. Disponível em:  
<<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/introduc.pdf>> Acesso em: 21 setembro 2018.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 143, DE 17 DE NOVEMBRO DE 1994. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Disponível em:  
<[conselho.saude.gov.br/resolucoes/1994/Reso143.DO](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1994/Reso143.DO)>. Acesso em: 23 out 2018.

BRASIL, Câmara dos Deputados Decreto nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923. Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em: 05 setembro 2018.

CANAVESI, C.M. Dimensionamento de pessoal. Coren- CE. 2010. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/?p=1579>> Acesso em: 17 agosto 2018.

CÊA, G. S S. REIS, L.F.; CONTERNO, S. PROFÆE E LÓGICA NEOLIBERAL: ESTREITAS RELAÇÕES PROFÆE AND NEOLIBERAL LOGIC: CLOSE RELATIONS 2005 Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/07.pdf>.> Acesso; 18 jun 2018.

CESTARI, M. E.; Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1):34-42. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGaucha%20de%20Enfermagem/article/viewFile/4435/2361> > . Acesso em: 02 setembro 2018.

COLEGIO VITÓRIA. “O Colégio”Disponível: [https://www.colegiovitória.net/?page\\_id=8407](https://www.colegiovitória.net/?page_id=8407) >Acesso em: 11 agosto 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Enfermagem em Números. Quantitativo de Profissionais por Regional. (2018) Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>> Acesso em: 21 setembro 2018

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEN – COFEN. PESQUISA PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL.( 2013). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/> > Acesso em: 24 julho 2018

CRISTOPHE, D.; CARDOSO, R. M. ENTREVISTA Christophe Déjourns. Ágora (Rio J.) vol.4 no.2 Rio de Janeiro . 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982001000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200007)>. Acesso 16 agosto 2018.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab. Educ. Saúde, v. 14, supl. 1, p. 15-43. Rio de Janeiro , 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0015.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2018.

DUARTE, N. As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. Rev. Brasileira de Educação. Cambú-MG, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n18/n18a04>>. Acesso em: 18 setembro 2018.

DUARTE, N. O DEBATE CONTEMPORÂNEO DAS TEORIAS PEDAGÓGICAS. In: Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ysnm8/pdf/martins-9788579831034.pdf> >. Acesso em: 23 setembro 2018.

DURAND, J. P. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. Tempo soc. vol.15, n.1. São Paulo, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702003000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000100008). Acesso em: 28 maio 2018.

DURAND, J.P. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. Tempo soc. vol.15 no.1 São Paulo. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>. Acesso 10 mai 2018.

EISENHAUER, ELIZABETH R. RN, BSN, MLS. Entrevista com a Dra. Barbara A. Carper. Fonte: Avanços na Ciência da Enfermagem, abril/junho de 2015, Volume 38, N. 2, página 73-82. Disponível em: <[https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=3101949&Journal\\_ID=54009&Issue\\_ID=3101927](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=3101949&Journal_ID=54009&Issue_ID=3101927)>. Acesso em: 19 out 2018.

FERREIRA, R. R. O KAIZEN COMO SISTEMA DE MELHORIA CONTÍNUA DOS PROCESSOS: UM ESTUDO DE CASO NA MERCEDES BENZ DO BRASIL LTDA PLANTA JUIZ DE FORA. VIÇOSA/MG, novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.secretariadoexecutivo.ufv.br/docs/RaynaResende.pdf>>. Acesso em: 13 setembro 2018

GERMANO, R. M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. 3ª ed. São Paulo, Cortez, 1993.

GOIAS, Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” – ESAP, 2017. Disponível em: <<http://www.esap.go.gov.br/>>. Acesso em: 29 setembro 2018.

GONZÁLEZ, J. S.; RUIZ, M.C. S. A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(5):[10 telas] set-out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_06.pdf)>. Acesso em: 05 set 2018.

GRAMSCI, A. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. In: Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2001. Disponível em: <<http://www.hlage.com.br/E-Books-Livros-PPS/Comunismo-Nazismo-Etc/Antonio%20Gramsci%20-%20Cadernos%20do%20c%3%A1rcere%20-%20vol%20II.pdf>>. Acesso em: 21 julho 2017.

GUIA de CARREIRA. ©2007-2018 Guia da Carreira - Todos os Direitos Reservados. Disponível em: <<https://www.guiadacarreira.com.br/profissao/guia-das-profissoes/>> Acesso em 14 maio 2018

IBGE - Editoria: Estatísticas Sociais. No Dia da Mulher, estatísticas sobre trabalho mostram desigualdade. Atualização: 10/04/2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>> Acesso em: 24 setembro 2018

JORNAL “ O GLOBO” Médicas ganham US\$ 20 mil a menos que colegas homens nos EUA. Reportagem atualizado em 11/07/2016 . Disponível em: <<http://g1.globo.com/>> Acesso em: 26 setembro 2018.

JORNAL “ O GLOBO”. Taxa de desemprego entre mulheres é de 15%, bem acima dos 11,6% dos homens, aponta Ipea. Atualizado em 25/06/2018 . Disponível em: <<https://oglobo.globo.com>> Acesso em 22 dezembro 2018.

JÚNIOR, R. C. C.; SILVA, P. F. C.; TERCEIRIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO LABORAL: Análise das relações de trabalho e das reformas no aparelho estatal brasileiro no governo FHC (1995-2002). São Luiz- MA. 2011. V Jornada Internacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/>>. Acesso em: 25 agosto 2018.

JUNIOR, A. S. A terceirização e o enfoque de seus conceitos. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3794, 20 nov. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25901/a-terceirizacao-e-o-enfoque-de-seus-conceitos>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

LAMEIRAS, M. A. P.; CARVALHO, S. S.; CORSEUIL, C. H. L.; RAMOS, L. R.A. Mercado de Trabalho. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/tag/taxa-de-desemprego/>> Acesso em: 20 set 2018.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; OLIVEIRA, M.A.C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. Rev. Esc Enferm. USP. [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp.1774-1779. ISSN 0080-6234. 2011. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/24.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

LIMA, J. C. F.; TECNOLOGIAS E A EDUCAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE. In. FORMAÇÃO DE PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/amancio-9788575412671.pdf>. Acesso em 16 mai 2018.

LIMA, J.C.F.; RAMOS, M. N.; LOBO NETO, F. J. S. Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil Contemporâneo. In: trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Organizadores: MOROSSINI, M.V.G.C.; LOPOES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2013.pp 83-117

LIMA, J.C.F. O Trabalho no mundo contemporâneo fundamentos e desafio para a saúde. Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2016.

LIMA, J.C. L. Política de Saúde e Formação profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem. [Tese de doutorado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010] Disponível em : <<bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=530> > Acesso em: 15 dezembro 2018.

LIMA, M. A. S.; ALMEIDA, M. C. P. O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO MODELO CLÍNICO. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 20, n. esp., p.86-101, 1999. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23457/000265968.pdf>>. Acesso em: 12 setembro 2018.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 2 - Dez. 2010 Abstract Resumen pp.181-189. Disponível em: <[www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf](http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf)>. Acesso em: 30 set 2018.

LORENZETTI, J. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Rev. bras. enferm. vol.40 no.2-3 Brasília Apr./Sept. 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671987000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671987000300014)> Acesso em: 10 maio 2018.

LORENZETTI, J.; PIRES, D. E P.; SPRICIGO, J.; SCHOELLER, S. D. Unidade de ação: um desafio para a enfermagem brasileira. Enfermagem em Foco 2012; 3(3): 152-154. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/304/164>>. Acesso em: 29 setembro 2018.

LUCENA, A. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. Rev Esc Enferm, USP, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/19.pdf>>. Acesso em: 23 agosto 2018.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y.; As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. Rev. Esc. Enferm USP. 2011; 45(1):187-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/26.pdf>> Acesso em: 13 setembro 2018.

MADUREIRA, V. S. F. Os saberes da enfermagem. Rev Bras Enferm. vol. 57, n. 3. Brasília (DF), junho 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300021)>. Acesso em: 02 setembro 2018.

MANTOVANI, M. F.; SILVEIRA, M. F. A.; CADE, N. V. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: UM ROTEIRO PARA O ENSINO DAS PRÁTICAS CUIDATIVAS. R. Bras. Enferm., Brasília, v. 52, nA, p. 547-560, out.dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n4/v52n4a08.pdf>>. Acesso em: 12 julho 2018.

MARX, K.; ENGELES, F. Manifesto do Partido Comunista. Tradução, prefácio e notas, Edilson Costa. Apresentação Annibal Fernandes. Ed. EDIPRO. São Paulo, 2015

MARX, K, O Capital: Crítica da Economia Política. Livro Primeiro: O processo e produção do capital. Terceira Seção: A produção da mais-valia absoluta. Quinto capítulo. Processo de trabalho e processo de valorização. Transcrição autorizada. Edição dirigida por um colectivo composto por: BARATA-MOURA, J.; CHITAS, E.; MELO, F.; PINA, A. Traduções: BARATA-MOURA, J. Ed. Avantes, Natal, 2018. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/escolhidas/index.htm>> Acesso em 21 setembro 2018.

MARTYRES, C.; BORGES, I. P. Qualidade da educação em enfermagem. Disponível em: <http://proficiencia.cofen.gov.br> acesso em: 10 setembro 2018.



MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415317>>. Acesso em: 29 setembro 2018.

MATOS, M. M. O BEHAVIORISMO METODOLÓGICO E SUAS RELAÇÕES COM O MENTALISMO E O BEHAVIORISMO RADICAL. (Dept. Psicologia - USP). Campinas, Editorial Psy, 1995. Disponível em: <<http://www.itercampinas.com.br/txt/behaviorismometodologico.pdf> > Acesso em: 04 novembro 2018

MEDEIROS, R. G.; A Enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. Os caminhos da Enfermagem de Florence à globalização. São Paulo: ed. Phorte, 2010. pg. 85-103

MELO E SILVA. L. Trabalho de enfermagem como serviço: comentários esparsos de caráter geral e fatos relevantes de caráter particular. In. Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Org. SOUZA. H. S.; MENDES, A. ed. DOC Saberes. Rio de Janeiro. 2016.

MINAYIO, M. C. S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <[http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf)>. Acesso em: 21 jun.2018.

MIRANDA, S. M. R.C. As transformações do trabalho do enfermeiro: de Florence Nightingale ao mundo globalizado. In: Os caminhos da Enfermagem: de Florence à globalização. Ed. Phorte. São Paulo, 2010. pg. 37-54.

MONASTA, A. Antônio Gramsci. tradução: Paolo Nosella. Fundação Joaquim Nabuco. Ed Massangana, Recife, 2010. 154 p.: il. (Coleção Educadores). Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/> acesso em: 05 novembro 2017

MONTALVÃO, L. A. DO PIPMO AO PRONATEC: HISTÓRIA E ATUALIDADE DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE FORMAÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA. Observatório em Debate, n.2, dez. 2015. p. 2-26. Disponível em: <[www.observatorio.ifg.edu.br/index.php/obsdebate/article/download/93/67](http://www.observatorio.ifg.edu.br/index.php/obsdebate/article/download/93/67)>. Acesso em: 20 julho 2018.

MONTICELLI, M. A FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO. R. Bras. Enferm., Brasília. v. 53, n.1, p. 47-62. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n1/v53n1a07.pdf>> Acesso em: 16 maio 2018.

NOVARETTI. M.C.Z.; SANTOS, E.V.; QUITÉRIO, L.M.; DUADGALLOTI, R. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. São Paulo-SP, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>>. Acesso em: 23 mai 2018.

NUNES, D. “Na escravidão, o trabalhador era vendido. Na terceirização, é alugado”, In; Carta Capital (site). Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/201cna-escravidao-o-trabalhador-era-vendido-na-terceirizacao-ele-e-alugado201d>. Acessado em: 31 outubro 2018.

NUNES, D. Entrevista - Ricardo Antunes. “Na escravidão o trabalhador era vendido. Na terceirização, é alugado”. Carta Capital (online). Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/201cna-escravidao-o-trabalhador-era-vendido-na-terceirizacao-ele-e-alugado201d>>. Acesso em: 01 abril 2018.

NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): Campinas, SP 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf>>. Acesso em 23 setembro 2018.

OGUISSO, T. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. Ver. Bras. Enferm. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n2/v54n2a05.pdf> . Acesso em: 23 junho 2018.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Rev. bras. educ. med. vol.32 n. 4. Rio de Janeiro, Out./Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012)>. Acesso em: 21 agosto 2018.

PASCHOALIN, H. C. PRESENTE NO TRABALHO, MESMO DOENTE: O PRESENTEÍSMO NA ENFERMAGEM. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_HeloisaCamposPaschoalin.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf)>. Acesso em 04 novembro 2018.

PASSOS, E. S. De anjos a mulheres - Ideologias e valores na formação de enfermeiras. 2. ed. - Salvador : EDUFBA, 2012. 196 p ISBN 978-85-232-1175-2. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/mnh2/pdf/passos-9788523211752.pdf>> acesso em 28 agosto 2018.

PAULO NETTO, J.; Introdução ao Estudo do Método de Marx. 1ª ed. Ed. EXPRESSÃO POPULAR. São Paulo, 2011.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M.N. Educação Profissional em Saúde. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

PIANA, M. C. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em: 29 jun 2018.

PIMENTA, C. A. et. al.. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem COREN-SP, 2015. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 30 set 2018.

PIRES, D. HEGEMONIA MÉDICA NA SAÚDE EM ENFERMAGEM: Brasil 1500 a 1930. Cortez Editora, São Paulo, SP.1989.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf> > Acesso em: 04 de abril 2018.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NO FAZER E VIVER DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/06.pdf> > Acesso em: 14 junho 2018.

PIRES, I. B.; RAMOS, M. N. Educação Profissional em Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

PIRES-ALVES F. A.; PAIVA, C.H.A Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/tv/pdf/pires-9788575412923-06.pdf>>. Acesso em: 20 set 2018.

PIRES-ALVES.; F.A, PAIVA, C. H. A. *Recursos Humanos*. história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde(1975-1988) [on line]. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br>. Acesso em: 22 mai 2018.

QUIRINO D.D, COLLET, N. “Fácies” do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):681-7. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a28.htm>>. Acesso em: 23 agosto 2018.

RAMOS, M.N. PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. pg. 299-304. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro – RJ. 2009.

RAMOS, M. Trabalho e educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2012.

SANNA, M. C.; Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm 2007 mar-abr; 60(2):221-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf> > acesso em 16 dezembro 2018

SANTOS, J. D.; A PROFISSIONALIZAÇÃO IMPOSTA POR DECRETO: NOTAS SOBRE A REFORMULAÇÃO NEOLIBERAL NA EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES BRASILEIROS. Germinal: Marxismo e Educação em Debate, Salvador, v. 9, n. 3, p. 230-240, dez. 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/20976/15292>> Acesso em: 2 novembro 2018.

SAVIANI, D. Escola e Democracia. Edição comemorativa. Campinas/São Paulo, Ed. AUTORES ASSOCIADOS LTDA. 2008.

SEST – Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/?superintendencia=sest-superintendencia-de-educacao-em-saude-e-trabalho-para-o-sus>> Acesso em: 22 novembro 2018.

SCHIMIDT, W. C.; LIPPERT, M.; PACHECO, D. A. J. Análise da implantação do sistema Kanban no processo de injeção de plásticos. Rev. Eletrônica da Faculdade de Ciências Exatas e da Terra Produção/construção e tecnologia, v. 4, n. 6, 2015. Disponível em: <[https://www.unigran.br/ciencias\\_exatas/conteudo/ed6/artigos/05.pdf](https://www.unigran.br/ciencias_exatas/conteudo/ed6/artigos/05.pdf)>. Acesso em: 22 setembro 2018.

SILVA, G. B. Enfermagem Profissional: Análise crítica. São Paulo, Cortez. 1986.

SILVA, P. A. D.; MACIEL, A. C. PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS E CONSTRUTIVISMO: APROXIMAÇÕES NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA. Anais da Semana Educa. Rondônia, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/>>. Acesso em: 23 setembro 2018.

SILVA, A. V. M.; A pedagogia tecnicista e a organização do sistema de ensino brasileiro. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8644737>>. Acesso em: 20 setembro 2018.

SILVEIRA, C.A.; PAIVA, S. M. A. A EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA REVISÃO HISTÓRICA. Cienc Cuid Saude. Poços de Caldas, MG. 2011 (1): 176-183. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>>. Acesso em: 20 junho 2018.

SOUZA, F. A. S.; LEMOS, A. H. C. Terceirização e resistência no Brasil: o Projeto de Lei n. 4.330/04 e a ação dos atores coletivos. Cad. EBAPE.BR vol.14 no.4 Rio de Janeiro . 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1679-3951538>>. Acesso em: 25 agosto 2018.

SOUZA, H.S. O processo do trabalho na enfermagem sob o fluxo tensionado. In. Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo. Enfermagem em foco. Ed. DOC, 1ª ed. Rio de Janeiro, 2016.

TRETTENE, A.S.; FONTES, C.M.; RAZERA, A.P.; PRADO, P. C.; BOM, G. C.; VON KOSTRISCH, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à promoção do autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2):171-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0171.pdf>> Acesso em: 05 junho 2018.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 106-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf>>. Acesso em: 21 jun 2018

VANZULLI, M. Gramsci e a Reforma Gentile. Os aparatos ideológicos do estado: a escola. Revista on-line de Filosofia e Ciências Humanas . ISSN 1981-061X . Ano XI . abr./2016 . n. 21. Tradução de Ronaldo V. Fortes. Universidade degli Studi di Milano – Bicocca (Itália). Disponível em: <<http://www.verinotio.org/conteudo/0.9549040039581284.pdf>> Acesso: em 10 dezembro 2018.

VASCONCELOS, R.O.; RIGO, D.F.H.; MARQUES, L.G.S.; NICOLA, A. L.; TONINI, N.S.; Oliveira, J. L. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. Escola Anna Nery 21(4) 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf)> Acesso em: 05 junho 2018.

VELOSO, F. A.; VILELLA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. Rev. Bras. Econ. vol.62 no.2 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 setembro 2018.

VELOSO, K.CH. Escola Clássica da Administração e sua Influência nas Organizações Empresariais Contemporâneas. Rev. Cienc. Gerenc., v. 19, n. 29, p. 41-46. Imperatriz, MA, 2015. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/>>. Acesso em: 24 setembro 2018.

VIEIRA, G.L.CH. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre técnicos de enfermagem de hospitais psiquiátricos. Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no Porto 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602017000100006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100006)>. Acesso em: 23 maio 2018.

VIEIRA, P. S. O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás (Dissertação de Mestrado.222 f.) Universidade Federal de Goiás, 2013. Disponível em: <[https://pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br/up/109/o/disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Patr%C3%ADcia.pdf](https://pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br/up/109/o/disserta%C3%A7%C3%A3o_Patr%C3%ADcia.pdf)> Acesso em: 15 agosto 2018.

WOOD, JR, T. FORDISMO, TOYOTISMO E VOLVISMO: " OS CAMINHOS DA INDÚSTRIA EM BUSCA DO TEMPO PERDIDO. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 32(4): 6-18. Set/Out. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v32n4/a02v32n4.pdf>>. Acesso em: 23 setembro 2018.

ZANATA, J. A.; COSTA, M. L. Algumas reflexões sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais. Estud. pesqui. psicol. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000200002)>. Acesso em: 21 junho 2018.  
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175902/345610.pdf?sequence=1>>  
Acesso: 28 maio 2018.