



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TAMIRES MARIA PEREIRA

**A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
O CASO DA ENFERMAGEM**

RECIFE-PE

2023

TAMIRES MARIA PEREIRA

**A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O
CASO DA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Santos Oliveira

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Heloisa Maria Mendonça de Moraes

RECIFE-PE

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

P436p	<p>Pereira, Tamires Maria</p> <p>A precarização social do trabalho no sistema único de saúde: o caso da enfermagem / Tamires Maria Pereira. – 2023. 108 p. : il.</p> <p>Orientadora: Raquel Santos de Oliveira. Coorientadora: Heloisa Maria Mendonça de Moraes. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2023. Inclui referências.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Trabalho precário. 4. Mercado de trabalho. 5. Sistema Único de Saúde. 5. saúde coletiva. I. Oliveira, Raquel Santos de (orientadora). II. Moraes, Heloisa Maria Mendonça de (coorientadora) . III. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2024 - 052)</p>
-------	--

TAMIRES MARIA PEREIRA

**A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O
CASO DA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 12 de dezembro de 2023.

Dr^a Raquel Santos de Oliveira-

Presidente da banca- Orientadora- AASC-CCM-UFPE

Dr^a Heloísa Maria Mendonça de Moraes- Coorientadora – PPGSC-CCM-UFPE

Dr^a Camila Pereira Abagaro- Avaliadora interna

Dr^a Elenice Machado da Cunha- Avaliadora externa

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres, trabalhadoras e pesquisadoras, especialmente à minha mãe, que sempre me ensinou os princípios básicos de força, determinação, coragem e fé. “Buscai primeiro o Reino de Deus, e a sua justiça, e todas essas coisas vos serão acrescentadas” (Mateus, 6:33).

AGRADECIMENTOS

Se cheguei até aqui, é porque o senhor me sustentou e me manteve firme quando minhas forças fraquejaram. Obrigada, Deus, pelo cuidado e amor incondicional, por me fazer encontrar sentido e felicidade nesta vida. Agradeço à minha mãe Maria de Lourdes, que me escuta e acalma com sua simplicidade e amor, sendo minha maior inspiradora nesta vida. Agradeço ao meu esposo, Josinaldo Andrade, que há dezoito anos tem sonhado junto comigo, tornando a jornada de estudo e trabalho mais leve através do amor, cuidado, dedicação e companheirismo. Agradeço à minha família, que sempre contribuiu de alguma forma para meu crescimento pessoal e profissional, especialmente à minha sobrinha/filha e enfermeira, Maria Lindalva, por contribuir e vibrar junto comigo em cada conquista. À minha orientadora, Doutora Raquel Oliveira, agradeço pelo cuidado, dedicação, paciência, ensinamentos e olhar criterioso em cada detalhe, exercendo a docência com tanta dedicação e excelência. À minha coorientadora, Doutora Heloisa Morais, agradeço pela partilha de conhecimentos, pelo compromisso e dedicação no exercício da docência. Sua parceria foi fundamental na construção desta pesquisa. Agradeço a todos os colegas de turma, parceiros queridos nesta jornada, e aos profissionais que defendem o SUS. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), agradeço pela contribuição na formação e na ampliação da visão sobre a Saúde Coletiva e sobre a pesquisa em política, planejamento e gestão em saúde. Ao secretário Afonso, agradeço por facilitar todos os trâmites desde a matrícula, e às enfermeiras (os) e gestores que a aceitaram participar da pesquisa.

RESUMO

Em todo o mundo, a agenda neoliberal tem ocasionado a precarização social do trabalho ao suprimir os direitos trabalhistas e previdenciários da classe trabalhadora. No Brasil, esse fenômeno ganha força a partir da década de 1990, após a Reforma do Estado, e desde então ocasiona transformações em distintos setores da economia, entre eles, o da saúde pública e privada. O estudo analisou arranjos contratuais das (os) enfermeiras (os) vinculadas (os) à Fundação de Hematologia de Pernambuco e as repercussões desse fenômeno em suas vidas e na prestação da assistência. A investigação foi descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagens da pesquisa qualitativa. Foram entrevistadas enfermeiras do Hemope e representantes da gestão do trabalho da enfermagem do Hemope e da SES/PE. Essas entrevistas abordaram as dimensões da precarização social do trabalho, conforme Druck (2011; 2016). Os achados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) e análise documental. Além disso, foi coletado material empírico sobre todos os arranjos contratuais de enfermeiras(os) vinculadas(os) às instituições hospitalares públicas, inclusive ao Hemope, vinculadas à SES/PE no período de 2013 a 2021. Esses dados revelaram que o início efetivo da prestação de serviços via plantões extras ocorreu no ano de 2015. Naquele ano, 70,6% das (os) enfermeiras (os) vinculadas(os) aos hospitais públicos possuíam vínculos precarizados quando se somavam os contratos por tempo determinado (6,4%) aos plantões extraordinários (64,2%). Em 2021, essa condição alcançou o patamar de 63%. No Hemope, em 2021, 72,56 % do total de vínculos também eram precários. Sobre as dimensões da precarização do trabalho, as análises das entrevistas revelaram que as poucas ações de promoção e prevenção da saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Hemope não contemplam todas (os) as (os) profissionais, visto que só usufruem dessas ações as (os) que possuem vínculo estatutário. As jornadas exaustivas de trabalho, as condições laborais precárias e as contratações informais são justificadas pelo Estado em decorrência da insuficiência de recursos públicos para assegurar a infraestrutura dos serviços de saúde. A ameaça do desemprego em um contexto de coexistência de variados tipos de contratos precarizados vem fomentando um ambiente de trabalho competitivo entre trabalhadoras (es) da enfermagem. Por fim, pode-se dizer que ao priorizar as contratações temporárias no setor público, o Estado reafirma o fomento à precarização dos vínculos de trabalho, em detrimento da função constitucional de assegurar qualidade na assistência à saúde dos cidadãos e a proteção social do trabalho para os profissionais da saúde.

Palavras-chave: enfermagem; trabalho precário; mercado de trabalho; Sistema Único de Saúde; saúde coletiva.

ABSTRACT

All over the world, the neoliberal agenda has been causing the social precariousness of work by suppressing the labor and social security rights of the working class. In Brazil, this phenomenon gained strength in the 1990s after the State Reform and since then has caused transformations in different sectors of the economy, including public and private health. The study analyzed contractual arrangements of nurses linked to the Hematology Foundation of Pernambuco, and the repercussions of this phenomenon on their lives and the provision of care. The investigation was descriptive and exploratory, case study type, with qualitative research approaches. Nurses from Hemope and representatives of nursing work management from Hemope and SES/PE were interviewed. These interviews focused on dimensions of the social precariousness of work (according to Druck, 2011; 2016). The findings were analyzed using Bardin's (2011) content analysis technique and document analysis. Furthermore, empirical material was collected on all contractual arrangements of nurses linked to public hospital institutions, including Hemope, linked to SES/PE in the period from 2013 to 2021. These data revealed that the effective start of service provision via extra shifts occurred in 2015. That year, 70.6% of nurses working in public hospitals had precarious employment when fixed-term contracts (6.4%) were added to extraordinary shifts (64.2%). In 2021, this condition reached the level of 63%. At Hemope, in 2021, 72.56% of total employment was also precarious. Regarding the dimensions of precarious work, analysis of the interviews revealed that the few actions to promote and prevent worker health developed by Hemope do not include all professionals, as only those who benefit from these actions benefit from these actions. who have a statutory bond. Exhausting working hours, precarious working conditions and informal hiring are justified by the State due to insufficient public resources to ensure the infrastructure of health services. The threat of unemployment in a context of coexistence of various types of precarious contracts has fostered a competitive work environment among nursing workers. Finally, it can be said that by prioritizing temporary hiring in the public sector, the State reaffirms the promotion of precarious employment relationships, to the detriment of the constitutional function of ensuring quality in health care for citizens and the social protection of work for health professionals.

Keywords: Nursing; Precarious work; Labor market; Health Unic System; Collective Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Vínculos de enfermeiras(os) no Hemope no período de 2013 a 2021	52
Quadro 2 – Vínculos de enfermeiras(os) nos Hospitais próprios da SES/PE no período de 2013 a 2021.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI- Ação direta de inconstitucionalidade

ABEn- Associação Brasileira de Enfermagem

APS- Atenção Primária à Saúde

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

CTD- Contratação por Tempo Determinado

Cofen- Conselho Federal de enfermagem

Coren- Conselho Regional de Enfermagem

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

DCENF- Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem

DEGTES- Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos

EC- Emenda Constitucional

EEST- Enfermeira (o) Estatutária (o)

ECTD- Enfermeira (o) do Contrato por tempo determinado

EPEX- Enfermeira (o) do Plantão Extraordinário

GERES- Gerência Regional de Saúde

GSS- Grupo Setorial de Saúde

IES- Instituição de Ensino Superior

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Professor Anísio Teixeira

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC- Ministério da Educação

MP- Ministério Público

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

OIT- Organização Internacional do Trabalho

PCC- Plano de Cargos e Carreiras

Prouni- Programa Universidade para todos

Reuni- Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SES- Secretaria Estadual de Saúde

STF-Supremo Tribunal Federal

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Breves considerações sobre a formação profissionalização das (os) enfermeiras (os) no Brasil	18
2.2	Flexibilização e precarização do trabalho: uma abordagem teórica-conceitual	28
2.3	Repercussões da flexibilização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde	38
3	OBJETIVOS	42
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	95
	ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA DA SES/PE	99
	ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA DO HEMOPE	100
	ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
	ANEXO E- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS (OS)	103
	ANEXO F- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTÃO DE ENFERMAGEM DO HEMOPE	105
	ANEXO G- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTÃO DO TRABALHO DA SES/PE	107

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo explorar alguns aspectos concernentes aos arranjos contratuais de trabalhadoras (es) enfermeiras (os) vinculadas (os) ao Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração o processo de flexibilização do trabalho iniciado na década de setenta do século XX em escala mundial.

Desde então, uma mudança significativa no processo produtivo foi consolidada mediante a chamada “reestruturação produtiva do capital sob a égide neoliberal”, visando garantir a acumulação de modo cada vez mais flexível (Antunes; Pochmann, 2007).

A reestruturação produtiva surge como nova base de produção do sistema capitalista, modificando características do rígido modelo fordista/taylorista, e está alicerçada na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo (Antunes, 2006).

A lógica contemporânea do neoliberalismo escancara a expressão do trabalho social, mais complexificado, heterogeneizado e intensificado em seus ritmos e processos. Isso ocorre porque o sistema de metabolismo social do capital valoriza cada vez menos o trabalho estável e cada vez mais as diversas formas de trabalho parcial ou “*part-time*”, terceirizado, quarteirizado, via contratos temporários, entre outros (Antunes, 2006).

Nesse cenário, o processo de flexibilização do trabalho se apresenta como base estrutural do modo de produção capitalista, provocando manobras que impulsionam de modo permanente a crescente perda de direitos sociais do trabalho.

No que diz respeito aos impactos da flexibilização das relações de trabalho, Antunes e Praun (2015, p.412) mencionam que existe: “a diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural”. Assim, em decorrência desse cenário, a força de trabalho vem sendo submetida a condições laborais precárias.

Importa destacar que a compreensão do que se entende por flexibilização do trabalho diverge entre autores que estudam esse fenômeno. Nesse sentido, autores como Ghisleni (2006), Kerber e Schneider (2012) não consideram a flexibilização das relações de trabalho como uma

desregulamentação ou exclusão de direitos trabalhistas, e sim como uma redução da intervenção do estado, que possibilita às partes negociações coletivas e adaptações do direito do trabalho à realidade socioeconômica.

Dessa forma, é comum observar manobras tendenciosamente atrativas, até mesmo via nomenclaturas para referenciar o “novo” mundo do trabalho, tais como “colaboradores”, “benefícios flexíveis” e “personalização do benefício”. Esses termos são apresentados como melhorias para a classe trabalhadora (Santos *et al.*, 2017). Portanto, o fenômeno macro da flexibilização objetiva substituir modelos considerados superados de relação de trabalho por outros adaptáveis ao momento presente, já que, segundo seus ideólogos, não é mais possível ignorar a força do capital financeiro global (Ghisleni, 2006).

Entretanto, entende-se que essas manobras via flexibilização laboral vêm ocasionando a precarização social do trabalho e não garantindo benefícios à classe trabalhadora. Para Druck (2016), a precarização do trabalho deve ser compreendida como um fenômeno social que envolve a historicidade de dominação do capital, rompendo com determinadas dualidades trabalhistas ao se expandir entre os diferentes segmentos de trabalhadores, mesmo que de forma hierarquizada, estabelecendo, assim, uma “institucionalização da instabilidade”.

Para além dos impactos no mercado de trabalho, como contratos, inserção ocupacional, níveis salariais, o fenômeno da precarização atinge outras dimensões da vida social, incluindo família, estudo, lazer, restrição a bens públicos, especialmente saúde e educação. Está presente, portanto, em todos os aspectos sociais, desde as relações históricas trabalhistas até às formulações de políticas de gestão mais atuais (Druck, 2016).

Silva *et al.* (2020) abordam perspectivas da precarização do trabalho, adotadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). São elas: a perspectiva “temporal”, que versa sobre incerteza da manutenção do emprego; a “organizacional”, que leva em conta a ausência de controle individual ou coletivo sobre as condições de trabalho; a “econômica”, ao considerar os baixos salários e ausência de perspectiva de aumentos; e, por fim, a “perspectiva social”, que retrata ausência de benefícios da seguridade social evidente em práticas de trabalho inaceitáveis e discriminatórias.

Essa investigação será orientada por três dimensões propostas por Druck (2011, 2016), de um total de seis (ver página 34), sobre a precarização social do trabalho. Essas três dimensões versam sobre as condições de insegurança e saúde no trabalho a perda da identidade individual

e coletiva, e a condenação e o descarte do direito do trabalho. A escolha dessas dimensões fortalece a hipótese de que as transformações no mundo do trabalho interferem na vida do trabalhador, não apenas na perda dos direitos trabalhistas, mas também na materialização de ambientes laborais inseguros, insalubres, competitivos, sucateados e que comprometem substancialmente a satisfação profissional e a assistência prestada à população.

No Brasil, a flexibilização do trabalho ganha força a partir de 1990, após a estruturação da Reforma do Estado (Pereira, 1997). Essa reestruturação significaria, entre outros aspectos, a limitação do papel do Estado na economia e a transferência de algumas atividades para a iniciativa privada ou para o chamado setor público não-estatal, que engloba o conjunto das organizações denominadas sem fins lucrativos (Dieese, 2008).

É nesse contexto que se inicia o processo de flexibilização do trabalho no país, com destaque, naquele momento, para a Emenda Constitucional (EC) nº 19/1998 (Reforma Administrativa). A partir dessa EC, o Regime Jurídico Único, criado pela Constituição de 1988, foi alterado, surgindo a possibilidade de dois regimes jurídicos de contratação dentro do Estado Brasileiro: o dos funcionários estatutários e o dos empregados públicos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), entre outras alterações.

Alves (2007) destaca que esse período deve ser compreendido como a “década que não acabou”, ao revelar a precariedade estrutural dos últimos 30 anos, a qual envolve trabalhadores assalariados, empregados e desempregados, assumindo novos contornos, muitos deles, não visíveis através das estatísticas oficiais. Nesse sentido, deve-se dar destaque ao conjunto de retrocessos sociais advindos de sete emendas (nota 3) à Constituição Federal no âmbito da Previdência Social, com destaque para o arcabouço mais recente, a aprovação da Lei nº 13.467/2017, entendida por alguns juristas como um golpe trabalhista.

Vale salientar que a desregulamentação trabalhista provocada pelo processo de flexibilização do trabalho está presente nos distintos setores da economia, incluindo o da saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Nesse estudo, o fenômeno da precarização do trabalho será analisado entre as profissionais enfermeiras (os), cuja formação é do tipo universitária. Entretanto, convém pontuar que as (os) trabalhadoras (es) de enfermagem são constituídas pelas (os) enfermeiras (os), técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (Brasil, 1986).

A prática da enfermagem vem sendo identificada desde tempos a.C.; entretanto, seu processo de profissionalização foi fortemente impulsionado em meados do século XIX por Florence Nightingale. No Brasil, a primeira escola de enfermagem data de 1890 (Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros - EPEE), e tanto a formação quanto as atribuições passaram por diversas reformas ao longo destes cento e trinta e dois anos, reformas essas amparadas pela promulgação de um conjunto de legislações reguladoras da profissão (Paixão, 1979).

Em 2021, a graduação em enfermagem no Brasil ocupou a quarta posição entre os dez cursos de graduação com maior número de matrículas, totalizando 388.266 estudantes, sendo a rede privada detentora de 90,6% dessas matrículas, com 243.562 alunos na modalidade presencial e 108.249 na modalidade a distância (Brasil, 2021). Em 2022, existiam 670.880 enfermeiras (os) com registro no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2022).

Um aspecto que merece destaque, relacionado ao objeto do presente estudo, diz respeito ao expressivo número de enfermeiras (os) vivenciando empregos vulneráveis e precários, estando assim sujeitas (os) à informalidade e ao desemprego, considerando as reformas neoliberais implementadas desde a década de noventa. Essas determinações macroestruturais tendem a se intensificar, configurando um processo de precarização do trabalho na enfermagem (Pereira *et al.*, 2022).

A existência da precarização do trabalho na enfermagem é um fenômeno explicitado por diversos estudos (Girardi *et al.*, 2010; Souza; Tavares; Passos, 2015; Gomes *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2018; Rodrigues, 2020). Para esse conjunto de autores, o processo de flexibilização do trabalho alcançou todo o setor de saúde, escancarando situações precárias de trabalho, que vão desde a dificuldade com condições estruturais mínimas para o processo de trabalho, bem como a fragilização de vínculos trabalhistas e a ausência dos direitos sociais. Sob tais condições, vivencia-se um alto grau de rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população no âmbito do SUS.

Vale salientar que o trabalho precário já se faz presente em todos os níveis de atenção à saúde no SUS. Na Atenção Primária à Saúde (APS), Girardi *et al.* (2010) relatam que, em 2009, os vínculos precários predominaram em diferentes municípios brasileiros, correspondendo a 57,7% entre enfermeiras (os). Um estudo realizado em diversos estabelecimentos de saúde no

estado do Paraná revelou nove tipos diferentes de vínculos, sendo predominante a vinculação “autônoma” (75,99%) e o contrato por tempo determinado (18,83%), principalmente para os profissionais de nível superior, que correspondiam a 85,28% da população estudada (Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2015).

Ante esse profundo processo de desregulamentação das leis trabalhistas e previdenciárias, o poder público, em diversos estados brasileiros, tem institucionalizado novos arranjos contratuais para a força de trabalho em saúde. Em Pernambuco, o Decreto estadual nº 39.763/2013 estabeleceu um teto financeiro para execução de plantões extraordinários, revelando a opção política do referido governo em fomentar o trabalho precário no SUS.

Desde então, formalizou-se a possibilidade legal de contratação de profissionais de saúde sem quaisquer garantias de direitos sociais do trabalho ou estabilidade. Vale considerar que, após a publicação deste decreto, ocorreram outras promulgações¹ referentes ao sistema de plantões extraordinários.

Diante desse contexto, a pergunta condutora da pesquisa que se coloca é: Quais os novos arranjos contratuais das (os) enfermeiras (os) da Fundação de Hematologia de Pernambuco, e como esses arranjos interferem em suas vidas e na assistência prestada, considerando o cenário da flexibilização das relações de trabalho implementadas pela SES/PE?

¹Decreto nº 39.888, de 8 de outubro de 2013, estabelece o valor máximo mensal a ser despendido na execução de plantão extraordinário, no âmbito da secretaria de saúde; Portaria conjunta SAD/SCGE 137 de 11/2013, estabeleceu novos limites financeiros por unidade gestora para execução de plantões extraordinários; Decreto 41.096 de 09/2014, estabeleceu limites financeiros para execução de plantão extraordinário para o período de setembro a dezembro de 2014; Portaria-SES/PE 083 03/2016, instituiu a Comissão de Gestão do Trabalho em Plantão Extraordinário; Portaria-SES/PE 045 de 01/2017, instituiu Grupo de Trabalho para levantamento do quantitativo ideal de profissionais de saúde a serem lotados em cada unidade da Rede da Secretaria Estadual de Saúde; Decreto nº 53.242, de 22 de julho de 2022, regulamenta a Lei nº 16.089, de 30 de Junho de 2017, que institui o sistema de plantões extraordinários, no âmbito da rede estadual de saúde; Decreto 53770 de 10/2022 altera o Decreto nº 53.242, de 22 de julho de 2022 (Pernambuco, 2013, 2014, 2016, 2017, 2022).

Partindo do entendimento de que o aprofundamento da flexibilização da legislação do trabalho fomenta e amplia as diferentes dimensões da precarização do trabalho, esta pesquisa se concentra nas dimensões temporais e sociais. Isso se justifica pela compreensão de que são graves as consequências decorrentes da submissão às condições precárias de trabalho tanto para a vida dos trabalhadores quanto para a própria prestação da assistência à saúde.

Embora a literatura internacional e nacional ofereça um conjunto importante de trabalhos que demonstrem a existência do fenômeno da precarização do trabalho (Mészáros, 2002; Druck, 2002, 2013, 2016, 2018; Antunes; Praun, 2015; Alves, 2007, 2021; Druck; Franco, 2011), assim como no âmbito do SUS (Arruda, 2019, Alves *et al.*, 2015), ainda são escassos os estudos que buscam compreender as distintas dimensões desse fenômeno para as (os) enfermeiras (os). Mais importante ainda é entender o efeito deletério que o mesmo ocasiona para essa categoria e para a prestação da assistência à saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breves considerações sobre a formação e profissionalização das (os) enfermeiras (os) no Brasil

Esta seção objetiva resgatar o processo sócio-histórico que fundamenta a institucionalização do ensino e a mercantilização profissional da enfermagem no Brasil. Não é possível compreender as transformações vivenciadas no mundo do trabalho no contexto da reestruturação produtiva iniciada desde 1970, a qual traz repercussões na esfera do trabalho da enfermagem no SUS, sem considerar as diferentes fases dessa profissão, desde a enfermagem enquanto prática religiosa até a consolidação da enfermagem enquanto profissão regulamentada pela atual legislação.

Paixão (1979), em um importante livro sobre a história da enfermagem, detalha o surgimento dos primeiros cuidados de enfermagem datados a.C., até o surgimento da enfermagem moderna com o legado de Florence Nightingale em meados do século XIX. A autora explica que o trabalho no campo da enfermagem possui três elementos básicos que se fazem presentes até a atualidade: o espírito de serviço, também entendido como ideal; a habilidade, também chamada de arte; e a ciência.

Nessa perspectiva, as características históricas da enfermagem, antes de seu processo de profissionalização, podem ser sistematicamente separadas em seis períodos que versam sobre a enfermagem nos tempos antigos (Egito, Índia, Palestina, Assíria, Babilônia, Pérsia, China, Japão, Grécia e Roma); período da unidade cristã e sua influência para o desenvolvimento da enfermagem, com destaque para o papel da Igreja e os feitos assistenciais dos diáconos e diaconisas para os necessitados; período crítico da enfermagem (século XV), fortemente abalado pela reforma religiosa; os precursores da enfermagem moderna, que resgatam a contribuição das irmãs de caridade para o reerguimento da enfermagem; o legado da enfermeira Florence Nightingale e sua contribuição para a renovação da enfermagem em diversos países do mundo; e, por fim, o surgimento da enfermagem no Brasil (Paixão, 1979).

Assim, os assuntos relacionados à prática da enfermagem e seu posterior processo de profissionalização estiveram associados a questões sociais e religiosas. No que diz respeito a esse último aspecto, pode-se explicar a existência de estereótipos romantizados, retratando a enfermeira como uma figura santa, religiosa, sem pecados e que trabalha essencialmente por amor à profissão.

No Brasil, a enfermagem surge com a institucionalização da primeira escola de enfermagem, denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), também conhecida como Escola de Alfredo Pinto, fundada em 1890, no Rio de Janeiro, por meio do Decreto Federal nº. 791, de 27 de setembro de 1890 (Paixão, 1979).

Naquela época, a assistência psiquiátrica demandava uma formação orientada pelo Sistema Nightingale, buscando se afastar da assistência de enfermagem do campo doméstico e/ou exclusivamente religioso. Entretanto, esse objetivo não foi alcançado inicialmente, pois a formação desenvolveu-se de maneira rudimentar, dirigida por médicos psiquiátricos que mantiveram a ideia de que o preparo das estudantes se destinava apenas ao atendimento do paciente psiquiátrico, com uma formação que durava, em média, dezoito meses (Santos *et al.*, 2014; Paixão, 1979).

A EPEE, juntamente com a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha (fundada em 1916) e os cursos para a formação de pessoal de Enfermagem nos Hospitais Militares (regulamentados em 1921), é considerada uma instituição que impulsionou o início da formação da enfermagem no Brasil. Entretanto, vale pontuar que há discordâncias entre alguns estudiosos no que se refere ao pioneirismo dos cursos de enfermagem no país (Capella *et al.*, 1988; Paixão, 1979; Melo; Natividade; Nascimento, 2015).

Nascimento *et al.* (2006) relatam que há um consenso histórico de que a formação profissional das (os) enfermeiras (os) surgiu apenas em 1922, ano de criação da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente denominada Escola de Enfermagem Ana Nery, fundada na época pelo Decreto nº. 15.799 de 10 de dezembro de 1922. No entanto, é relevante destacar as tentativas e experiências anteriores de ensino formal da enfermagem. Sobre essa questão, Mascarenhas (2013) defende:

Cabe salientar que, apesar da Escola Profissional de Enfermeiras e enfermeiros e a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira serem fundadas em 1890 e 1916, respectivamente, considera-se que a gênese do campo da enfermagem profissional iniciou em 1921, com a chegada ao Brasil da Missão Parsons² (Mascarenhas, 2013 p.14).

² A Missão Parsons, parceria do Departamento Nacional de Saúde Pública do Brasil e a Fundação Rockefeller (FR) dos Estados Unidos, representa um dos marcos para o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão no Brasil. Ethel Parsons, enfermeira norte americana, veio para o Brasil em setembro de 1921, com o objetivo de implementar e expandir as bases nightingaleanas de ensino e formação da enfermagem, bem como atuar na reforma sanitária, nas inspetorias de saúde e na supervisão das visitas domiciliares que já eram realizadas por visitadoras,

Entende-se, assim, que mesmo considerando a enfermagem como ciência desde 1890, é apenas com o surgimento da escola de enfermagem do DNSP que se caracteriza no Brasil a enfermagem moderna, fato especialmente interligado com o contexto da reforma sanitária iniciada em 1920 e a aproximação político-econômica entre o governo brasileiro e o norte-americano (Mascarenhas; Melo; Silva, 2016).

Sobre esse aspecto, merece destaque a enfermeira Isabel dos Santos como figura atuante na Saúde Coletiva e na formação técnica da enfermagem nas décadas de 70 e 80. Naquela época, ela já correlacionava a influência do capital na formação e atuação das atendentes de enfermagem, ao considerar a incorporação do profissional de nível superior nos serviços de saúde como aumento dos gastos; ou seja, era muito mais barato trabalhar com atendentes do que com enfermeiras diplomadas (Santos, 2008).

Esse fenômeno explica, por exemplo, a lógica da divisão técnica atual da profissão, originária da segregação entre enfermeiras denominadas de “nurses”, aquelas responsáveis pelo trabalho manual, e as “lady nurses”, as que realizavam a supervisão e o ensino das nurses (Paixão, 1979). Sobre isso, Cavalcanti (2020) ressalta que a incontornabilidade da expansão e acumulação fazem com que o tecnicismo desponte no capitalismo como forma de reprodução econômica do capital, alinhando-se aos seus imperativos reprodutivos.

Em 1921, Carlos Chagas autorizou a Fundação Rockefeller a iniciar um curso intensivo para a formação dessas enfermeiras, tendo a enfermeira Ethel Parsons como primeira orientadora. Esta, por sua vez, não se limitava a chefiar um serviço de enfermagem; estudou veementemente a situação da enfermagem brasileira e apresentou ao governo recomendações para o projeto de enfermagem moderna/profissional a ser adotado na época (Mascarenhas, 2013; Paixão, 1979; Kruse, 2006).

Entretanto, essa perspectiva de interligação do surgimento da enfermagem moderna com a saúde pública também não é um ponto de consenso entre estudiosos. Nascimento e Oliveira (2006) defendem que existem outros aspectos que explicam o desenvolvimento profissional da enfermagem no Brasil, os quais se afastam da visão ingênua, simplificada e reprodutora dessa interligação.

proporcionando desse modo, a inserção de profissionais, exclusivamente mulheres, em um ambiente masculino (Peres, 2021).

A partir da leitura de registros localizados na Escola Ana Nery, os autores reforçam que a formação das enfermeiras esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças, servindo assim para o avanço da medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica no contexto da emergência do processo de industrialização e urbanização no Brasil. Afastando-se assim da interpretação orientada da instauração de uma assistência de enfermagem voltada para promoção da saúde e prevenção da doença, ou seja, para a saúde da coletividade (Nascimento; Oliveira, 2006).

Isso porque consideram que as doenças infectocontagiosas, na época da fundação da Escola do DNSP em 1922, nunca foram empecilhos para as relações econômicas do Brasil com outros países. “A eficácia do combate às epidemias dá-se em função do trabalho persistente de Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública (1903 - 1908), utilizando as campanhas de vacinação, as brigas de mata mosquito e a Polícia Sanitária” (Nascimento; Oliveira 2006).

Nesse mesmo sentido, Kruse (2006) explica que essa dicotomia sobre o surgimento da enfermagem moderna no Brasil está associada às características da formação nos moldes do modelo Nightingaleano, bem como na atuação de enfermeiras norte-americanas da Missão Parsons do DNSP entre 1921 a 1931. Visto que essas enfermeiras desempenharam um papel de agentes civilizadores junto aos sanitaristas brasileiros, mas também atuaram na orientação cotidiana das jovens alunas. Ademais, suas formações foram fortemente caracterizadas pelo estudo sistemático das doenças e o consequente cuidado ao doente, e, portanto, centradas no ambiente hospitalar (Kruse, 2006). Nesse sentido, ainda Nascimento e Oliveira (2006) argumentam que:

A partir da Escola Ana Nery, em 1922, em sua origem, refletia-se a contradição entre o discurso social e a prática elitista na área da saúde. Se, por um lado, o discurso apontava a necessidade de enfermeiras para o trabalho preventivo, por outro, enfatizava os benefícios de se ter um pessoal qualificado para cuidar dos doentes particulares, em casa e nos hospitais (Nascimento; Oliveira, 2006, p.9).

Resguardadas as distintas interpretações expostas acima sobre as bases iniciais de conhecimento que orientaram a formação profissional da enfermagem no Brasil, faz-se necessário discorrer agora sobre as principais legislações concernentes à fiscalização e regulamentação de seu exercício profissional. Conforme já anunciado, a primeira legislação referente à autorização do ensino da enfermagem surgiu com a criação da Escola de Alfredo Pinto em 1890.

No início do século XX, o Decreto nº 16.300, de 1923, regulamentou o DNSP, assim como definiu que o serviço de enfermeiras do referido órgão teria a seu cargo uma escola para instruir e diplomar enfermeiras, criando assim, oficialmente, a escola de enfermeiras (Brasil, 1923). Tais escolas, segundo o referido decreto, teve como objetivo, educar enfermeiras profissionais destinadas aos serviços sanitários e aos trabalhos gerais ou especializados dos hospitais e clínicas privadas (Brasil, 1923).

Um importante passo para a uniformização do ensino da enfermagem no país se deu pela promulgação do Decreto nº 20.109, de 1931, o qual regulamentou o exercício da enfermagem e fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. A partir de então, só poderiam usar o título de enfermeira (o) diplomada (o) os profissionais diplomados por escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas na forma da presente lei; ou então, os profissionais que, sendo diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis do seu país, se habilitarem perante a banca examinadora competente ou forem contratados pela administração federal ou estadual (Brasil, 1931).

Mesmo após a promulgação do decreto acima referido, ainda era comum as legislações tratarem assuntos da enfermagem de forma integrada com outras profissões da saúde. Nesse sentido, merece destaque o Decreto nº 20.931, de 1932, o qual objetivou regulamentar e fiscalizar o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, das parteiras e das enfermeiras, passando a ser obrigatório o registo do diploma para atuação profissional no país (Brasil, 1932).

A distinção entre a formação de nível superior e auxiliar de enfermagem ocorreu mediante a publicação da Lei nº 775, de 1949. O curso de graduação em enfermagem tinha duração de trinta e seis meses, incluindo estágios, e um dos requisitos para a efetivação da matrícula no curso era a apresentação do certificado de conclusão do ensino secundário. Já o curso de auxiliar de enfermagem tinha uma duração de dezoito meses, com exigência para a realização da matrícula apenas da conclusão do ensino primário (Brasil, 1949).

A regulamentação ampla do exercício da enfermagem no país, incluindo desde o nível superior, auxiliar, obstetrites/parteiras até os práticos, ocorreu com a promulgação da Lei 2.604, de 1955. Vale destacar que o título de práticos foi definido anteriormente pelo Decreto 23.774, de 1934, cujo título era emitido para as pessoas que comprovassem atuar, por mais de cinco

anos, no exercício da enfermagem em instituições hospitalares habilitadas pelo DNSP (Brasil, 1955).

A definição das atribuições com base nas distintas categorias da enfermagem referidas acima foi estabelecida a partir da publicação do Decreto nº 50.387, de 1961. É importante destacar que as funções do técnico de enfermagem só foram efetivamente criadas a partir do Parecer do Conselho Federal de Educação nº 3.814/1976, que serviu de base para o projeto da Lei nº 7.498/1986 e do Decreto nº 94.406/1987, vigentes até o momento (Oguisso, 2001).

Conforme anunciado acima, todo o arcabouço legislativo sobre a fiscalização e regulamentação do exercício profissional das enfermeiras (os), dos técnicos, auxiliares e das parteiras, mencionados até aqui, foram revogados pela Lei nº 7.498, de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987. A partir de então, ficou instituído que cabe à enfermeira (o) a responsabilidade pela direção ou chefia do órgão ou unidade de enfermagem em instituições públicas e privadas; a supervisão de atividades técnicas e auxiliares; a atividade de consultoria, de auditoria e de emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; a execução da consulta de enfermagem; a solicitação de exames e prescrição de medicamentos quando necessários para assistência da enfermagem, entre outras atribuições (Brasil, 1986; Brasil, 1987).

É importante destacar que, desde a década de 1940, começou a se formar um movimento que reivindicava a institucionalização de um órgão competente para estudar, regulamentar e fiscalizar todos os assuntos concernentes ao ensino e à prática da enfermagem no Brasil, liderado pelas enfermeiras da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Aqui vale pontuar que essa associação em 1954, passou a ser denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e teve um papel atuante pela criação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), os Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) e Sindicatos das (os) enfermeiras (os), instituídos efetivamente em 1977 no Rio de Janeiro.

A institucionalização desses órgãos regulamentadores e fiscalizadores dos atos profissionais das distintas categorias da enfermagem se constitui em um importante avanço para o seu processo de profissionalização no país. Profissionalização, entendida aqui como projeto de poder, e para a concretização da reserva de mercado, Rodrigues (2002, p. 54 *apud* Tenório, 2019, p.18) menciona que: “as profissões se valem das entidades classistas (sindicato, federação, confederação, conselhos federal e regional), regidas por estatuto social, considerado como instrumento de autorregulamentação que protege a profissão da interferência externa”.

Conforme exposto acima, o processo de criação da ABEn se deu a partir de 1926, sob a denominação Associação Nacional de Enfermeiras Brasileiras Diplomadas, quando foi registrada juridicamente, e somente em 1954 passou a ser denominada de ABEn. Essa associação configura-se como uma entidade representativa que possui personalidade jurídica própria, de direito privado sem fins lucrativos, a qual congrega enfermeiras (os), técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e estudantes dos cursos de graduação e de técnico de enfermagem, que a ela se associam, individual e livremente (ABEn, 2021).

Identifica-se a ABEn como a primeira organização profissional de Enfermagem do Brasil. Observa-se que, na década de 70, a ABEn conquistou a formação dos Conselhos de Enfermagem e, em seguida, os Sindicatos das Enfermeiras(os). Considera-se o aumento de entidades de classe na Enfermagem, como em qualquer outra profissão, como uma consequência do seu próprio crescimento (Matsumura *et al.*, 2018 p.2).

Já o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) foram instituídos pela Lei nº 5.905, de 1973, constituindo em seu conjunto, uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Esses órgãos atuam como disciplinadores do exercício da profissão de enfermeira (o) e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem (Brasil, 1973).

Conforme exposto até aqui, a profissão da enfermagem foi institucionalizada nos moldes da enfermagem moderna no Brasil. As legislações promulgadas para regulamentar o ensino e a prática desse campo de conhecimento, juntamente com a criação da ABEn e do Cofen, e seus respectivos conselhos regionais, conformaram o seu processo de profissionalização da enfermagem.

Agora, é relevante abordar brevemente a expansão dos cursos de enfermagem no Brasil, que ocorreu de maneira lenta no início do século XX, atingindo um ápice significativo no início da primeira década do século XXI. Até 1947, existiam apenas 16 cursos de graduação em enfermagem, uma realidade que começou a mudar com a promulgação da Lei nº 775, de 1949, que tornou obrigatória a inclusão do curso de enfermagem em todas as universidades ou faculdades de Medicina. Em 1964, a partir desse marco legal, o país passou a contar com 39 cursos, representando um aumento de 43,75% (Brasil, 1949; Magalhães *et al.*, 2014; Matsumura *et al.*, 2018).

Na década de 70, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) fundou o Grupo Setorial de Saúde (GSS), que tinha como objetivo realizar um diagnóstico da educação superior em

enfermagem no país. A partir dos dados estatísticos do MEC, constatou-se que, no período compreendido entre os anos de 1953 e 1973, o curso superior de enfermagem teve um dos menores crescimentos.

A partir desse diagnóstico, intensificou-se a necessidade de criação desses cursos, considerando também que apenas 30% dos cursos de enfermagem existentes estavam subordinados à administração federal. Em 1975, dos 36 cursos existentes, 39%, estavam no setor privado, e essas instituições particulares, em sua maioria, pertenciam a grupos religiosos. Diante desse cenário, o GSS advogou a necessidade de uma expansão dos cursos de enfermagem, especialmente no setor público (Paim, 2001).

Entretanto, o que se seguiu foi justamente o oposto; ou seja, o número de cursos na iniciativa privada passou a ser superior ao das instituições públicas desde meados da década de 1990. Um importante movimento de expansão do ensino superior ocorreu, especialmente, após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 9.394/96), que regulamentou o sistema educacional básico e superior nas esferas pública e privada no país. No ano seguinte, o Decreto nº 2.306/1997 também impulsionou esse movimento (Brasil, 1996; Brasil, 1997).

O estímulo ao crescimento do ensino superior, proporcionado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), ocorreu devido à possibilidade conferida às Instituições de Ensino Superior (IES), por meio de seus colegiados de ensino e pesquisa e dentro de seus recursos orçamentários, de possuírem autonomia e liberdade para criação, modificação e extinção de cursos, além de flexibilização dos currículos dos cursos de graduação (Brasil, 2006).

O Decreto nº 2.306/97 instituiu, apenas para as universidades, a necessidade da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. As demais instituições de ensino não têm a obrigação de se dedicar à pesquisa ou a atividades de extensão, limitando-se à função de ensino na educação superior (Brasil, 2007). No final da década de 1990 e meados dos anos 2000, outras legislações foram criadas visando fomentar o financiamento para o setor privado. Destacam-se a Medida Provisória nº 1.827/99, que instituiu o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), e a Lei nº 11.096/2005, que regulamentou o Programa Universidade para Todos (Prouni) (Brasil, 1999; Brasil, 2005).

Os resultados dessas iniciativas podem ser observados a partir do crescimento expressivo do número de cursos de graduação em enfermagem, que passou de 108 em 1991

para 962 em 2016, representando um aumento de 891% (Ministério de Educação, 1992, 2018). Chama atenção a discrepância da oferta de cursos entre os setores público e privado. Até o ano de 1991, 60,2% dos cursos superiores em enfermagem eram públicos (62 cursos), enquanto aproximadamente 40% pertenciam às IES privadas. Essa situação se inverte no início dos anos 2000, chegando ao ano de 2016 com apenas 18,5% dos cursos no âmbito do setor público (171 cursos), em oposição aos 791 cursos privados (Ministério de Educação, 1992, 2018).

Esse movimento de privatização do ensino superior está em consonância com a agenda neoliberal implementada no Brasil desde os anos noventa do século XX. Palácios e Lopes (2018) confirmam que a mercantilização do ensino superior escancara a crise das universidades públicas, ao priorizar o ensino particular em detrimento da educação pública e gratuita, acarretando consequências para a produção de conhecimento e formação de profissionais no Brasil. Isso reproduz a lógica de produção em massa de profissionais lançados no mercado de trabalho, atendendo predominantemente às exigências do capital.

Santos e Chaves (2020) relatam que existe uma rede de cooperação dentro do aparelho estatal, como o Banco Mundial (BM), que impulsiona a expansão e fortalecimento da educação superior privada no Brasil, vislumbrando a educação como mercadoria e não como bem público, garantido pela Constituição Federal de 1988. Conforme análises de documentos do Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo (Semesp) e do próprio BM, a lógica mercadológica da educação é reforçada mediante uma nova política na educação superior brasileira, que assinala a necessidade de cobrança de mensalidade em universidades e institutos públicos. Ou seja, o poder estatal é frequentemente utilizado para forçar esses processos de privatização dos bens públicos, como as universidades (Harvey, 2003).

Outro fenômeno observado é a desigual distribuição dos cursos de enfermagem, assim como ocorre com os demais cursos na área da saúde, entre as macrorregiões do país. Machado *et al.* (2017) demonstram que, em 2013, apenas três dos 27 estados da federação são responsáveis por formar quase metade (46,1%) das (os) enfermeiras (os) do país. São Paulo lidera com 24,6%, seguido pelo Rio de Janeiro com 11,1% e Minas Gerais com 10,4%, configurando uma hegemonia regional. Em seguida, temos o Rio Grande do Sul com 5,3%, Paraná com 5,0% e Bahia com 6,3%.

Desde a década de 1990, o eixo Sul-Sudeste concentra a maior oferta de cursos de graduação em enfermagem. É relevante destacar que, no período 1991 a 2012, o número de cursos privados superou significativamente o de cursos públicos, chegando a uma relação de 4,16 cursos em IES privadas para cada curso em IES pública (Teixeira *et al.*, 2013).

Nesse mesmo período, os cursos privados de enfermagem saltaram de 45 para 639, representando um crescimento notável de 1.320%. Enquanto isso, o crescimento dos cursos públicos foi de 147%, passando de 66 para 163. Em 2017, os dados continuam a mostrar a predominância do setor privado na formação profissional em enfermagem. Dos 1.048 cursos espalhados pelo país, 84%, ou seja, 894 cursos, estão localizados no setor privado (Teixeira *et al.*, 2013; Ministério da Educação, 1997, 2011, 2018).

Para Saraiva *et al.* (2021), a literatura ainda não conseguiu abordar de maneira objetiva e crítica o fenômeno da expansão da educação superior em enfermagem. Há uma lacuna empírica em torno de suas implicações para o processo formativo, além de argumentos que tentam explicar essa expansão, especialmente no setor privado, como uma forma de facilitar o acesso e, conseqüentemente, garantir a democratização do ensino superior.

Nesse contexto, Frota *et al.* (2019) explicam que a expansão nos cursos de enfermagem predominou no setor privado com o intento de suprir os vazios assistenciais decorrentes da escassez de recursos humanos na área da saúde. No entanto, esse fato precisa ser visto de forma mais ampla, considerando que esse processo faz parte de um movimento histórico-social de mercantilização e mercadorização da educação, agravado com a ampliação da possibilidade de educação à distância (Frota *et al.*, 2019; Saraiva *et al.*, 2021). Ademais, conforme mencionado anteriormente, os vazios assistenciais também resultam da má distribuição das escolas formadoras, hegemonicamente concentradas no Sul e Sudeste do país.

Vale ressaltar ainda a influência neoliberal nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no curso de graduação em enfermagem. Essas diretrizes ao se apoiarem no discurso que afasta a formação profissional do caráter de tecnicista da enfermagem brasileira do século XX, contradizem-se quando analisadas numa perspectiva crítica e reflexiva. É possível identificar a estratégia de utilizar termos humanísticos para manter a centralidade do capital na formação dos trabalhadores. Em outras palavras,

Tais diretrizes materializam um discurso que, em seus efeitos de sentido, tenta ocultar as imposições do capital em crise na formação de enfermagem no país, enquanto

reproduzem os efeitos ideológicos da histórica supremacia da técnica na formação das trabalhadoras enfermeiras (Cavalcanti, 2020, p.11).

Por fim, entre os anos 2000 e 2010, as (os) enfermeiras (os) foram a categoria profissional da saúde que mais cresceu, passando de 91.211 para 355.383 profissionais. No entanto, existia, já nesse período, um número significativo de profissionais fora do mercado de trabalho, visto que apenas 46,7% encontravam-se ocupados na função. Por esse motivo, reafirma-se a importância da educação pública orientando a expansão do ensino superior de acordo com as necessidades sociais, regionais e de trabalho em saúde, evitando uma lógica mercantilista expansionista da educação (Machado *et al.*, 2017; Saraiva *et al.*, 2021).

Segundo dados do Cofen (2022), o quantitativo total de profissionais de enfermagem no país, em agosto deste ano, era de 2.726.822, distribuídos entre auxiliares de enfermagem (447.407), técnicos de enfermagem (1.608.181), enfermeiras(os) (670.880) e obstetristas (354).

Diante das questões expostas até aqui, considera-se que as transformações vivenciadas no processo de profissionalização da enfermagem ao longo do tempo refletem as conquistas do ponto de vista ético, legal, técnico-científico, político e social, especialmente com a contribuição de Florence Nightingale e do avanço da Enfermagem moderna no país.

No entanto, desde 1970, as mudanças que impactaram no modo do trabalho na era da acumulação flexível, as quais serão tratadas a seguir, também atingiram o setor saúde, tanto no âmbito privado quanto no público. A flexibilização das relações laborais, associada a um contingente expressivo de enfermeiras (os) disponíveis para o trabalho, advindas (os) da significativa expansão da educação privada demonstrada acima, tem levado a uma parte considerável desses profissionais a optar por trabalhos com vínculos precários, de duração determinada, caracterizados por baixos salários ou mesmo pelo desemprego.

2.2 Flexibilização e precarização do trabalho: uma abordagem teórica-conceitual

Neste subcapítulo, discutiremos as transformações no mundo do trabalho no cenário da reestruturação produtiva, iniciada na década de setenta do século XX. Contextualizaremos também a nova base técnica de exploração da força de trabalho na era das tecnologias disruptivas. A partir desse arcabouço teórico-conceitual, objetiva-se compreender como o fenômeno da flexibilização do trabalho vem contribuindo para a perda de direitos sociais do trabalho no Brasil, especialmente no que concerne às enfermeiras(os) vinculadas(os) ao SUS.

A perspectiva que orienta a compreensão das questões concernentes ao trabalho nesta investigação está amparada na vertente marxista, destacando as transformações ocorridas no espaço laboral desde as últimas três décadas do século XX, impactando consideravelmente a “classe-que-vive-do-trabalho” (Antunes, 2006). Para Marx (1987), o trabalho é compreendido como algo central da vida humana, isto é, uma dimensão ontológica fundamental. Por meio dele, o homem cria, livre e conscientemente, a realidade, sendo, portanto, o trabalho, fundamento das relações econômicas e sociais em geral.

Antunes (2006) faz uma reflexão sintética em seu livro “Adeus ao Trabalho” sobre a existência de teses que demonstram a tentativa de invalidar a centralidade do trabalho, por meio da substituição do valor-trabalho pela ciência, amparada em uma lógica societal interativa, intersubjetiva e informacional, que se coloca em posição analítica de superioridade diante da formulação marxiana da centralidade do trabalho. Contudo, o autor contra-argumenta que o capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores; ele aumenta a utilização e a produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração da mais-valia em tempo cada vez mais reduzido (Antunes, 2006).

Assim, sob a égide do sistema capitalista, o trabalhador existe para atender às necessidades de expansão dos valores existentes, em vez da riqueza material existir para o desenvolvimento do trabalhador. A lei da acumulação capitalista, muitas vezes mistificada como uma lei natural, na realidade, significa que sua natureza exclui todo decréscimo no grau de exploração do trabalho ou toda elevação no preço do trabalho que comprometa seriamente a reprodução contínua da relação capitalista e sua reprodução sempre ampliada (Oliveira; Silva; Tumelero, 2019).

Nesse sentido, Mészáros (2002) acrescenta:

A condição crucial para a existência e o funcionamento do capital é que ele seja capaz de exercer comando sobre o trabalho. Naturalmente, as modalidades pelas quais este comando pode e deve ser exercido estão sujeitas às mudanças históricas capazes de assumir as formas mais desconcertantes [...] no curso de seu desdobramento histórico, o capital progressivamente ultrapassa as resistências que encontra e adquire um poder soberano para dominar todas as facetas do processo de reprodução societária (Mészáros, 2002, p. 710).

Diante dos fundamentos do modo de produção capitalista, Marx ressalta a importância das relações de classe e a defesa dos direitos trabalhistas como uma barreira social intransponível que impede os trabalhadores, por meio de contratos voluntários com o capital, de venderem a si mesmos e suas famílias à morte da escravidão (Marx, 1987).

Certamente, a defesa dos direitos sociais do trabalho torna-se imperativa frente a essa lógica autoexpansiva do capital, que se expressa pelo interesse exclusivo de sua autorreprodução, não considerando as necessidades humanas. O capital resiste de forma destrutiva ao que se interpuser em seu caminho, no sentido de ir de encontro ao objetivo de ampliar a produção da mais-valia (Oliveira, 2010).

É nesse sentido de resistir ao que se interpuser ao processo de expansão do capital que emerge na década de 1970, enquanto uma resposta do capital à crise do modelo de produção taylorista/fordista, “um processo de reestruturação capitalista que atinge as mais diversas instâncias do ser social” (Alves, 2007, p. 155), denominada de regime de acumulação flexível, cujo momento predominante é o toyotismo.

O fordismo se constituiu como *modo de desenvolvimento* não devido apenas às suas virtuosidades enquanto dispositivo de organização do trabalho propriamente dito, mas porque se articulou, num determinado contexto geopolítico e de luta de classes, com um modo de desenvolvimento de cariz keynesiano, capaz de garantir demanda efetiva para a produção de massa, num período de ascensão histórica do capital. Tais condições históricas não existem hoje para o toyotismo como modo de organização do trabalho capitalista. O toyotismo não possui a pretensão de instaurar uma sociedade “racionalizada”, mas apenas uma “fábrica racionalizada” (Alves, 2007, p. 168).

Nesse contexto, Mészáros (2000) ressalta o que acontece com o capitalismo, não se trata de crises cíclicas, mas de uma “crise estrutural profunda do próprio sistema do capital” que reduz e degrada os seres humanos ao status de “meros custos de produção” através de suas forças de trabalho, ou seja, uma “mercadoria comercializável” como qualquer outra que se sujeita às determinações desumanizadoras da compulsão econômica.

Apesar de não ser objetivo deste capítulo retomar o debate sobre a crise do modelo de produção fordista/taylorista, convém explicitar algumas das suas características, a fim de comparar com o contemporâneo padrão de acumulação flexível. O binômio taylorismo/fordismo do final do século XIX é caracterizado pela hierarquização entre as funções, bem como pela especialização da mão de obra com rígido controle de tempo, sempre obedecendo à necessidade de produção em série, numa lógica repetitiva e alienada que retirava do trabalhador sua capacidade de pensar através da radical separação entre o saber e o fazer; a concepção, o planejamento e a execução; o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências (Merlo; Lapis, 2007).

Assim, o Taylorismo esteve alicerçado em uma estrutura organizacional rígida,

hierarquizada, com especialistas de controle, normas burocráticas e vigilância permanente dos supervisores. Já o Fordismo, criou a esteira rolante, cujas peças desfilavam diante dos trabalhadores colocados lado a lado na linha de montagem, unindo tarefas individuais sucessivas, fixando uma cadência regular de trabalho e reduzindo o transporte entre as operações (Merlo; Lapis, 2007).

O fordismo fundamentalmente seria a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição e consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões (Antunes, 2006, p.25).

Importa destacar que o padrão de desenvolvimento capitalista fordista/taylorista é segundo Druck (2011, p. 42): “marcado por um regime de regulação, cuja experiência mais completa se deu nos países que conseguiram implementar um estado de bem-estar, experiência que nem mesmo na Europa se generalizou”. Druck (2011, p.42) complementa também, que

No ambiente socioeconômico dos países que fizeram a experiência dos Estados de Bem-estar ou de políticas públicas de pleno emprego, em resposta à crise de 1929, o fordismo representou uma sociedade em que o progresso econômico e social atingiu amplos segmentos e onde era possível planejar o futuro das novas gerações, pois as condições de trabalho e emprego permitiam algum tipo de vínculo de longo prazo (Ibidem).

Sob os desígnios da racionalização propiciada pelo fordismo/taylorismo, principalmente nos EUA, ocorreu a articulação entre coerção capitalista e consentimento do trabalhador. Tal realidade, segundo Alves (2007, p.167) acabou “operando de modo pleno a subsunção real da subjetividade do trabalho à lógica do capital, a destruição do sindicalismo de base territorial articulado com o convencimento via altos salários, benefícios sociais diversos, propaganda ideológica e política habilíssima”.

Entretanto, vale ressaltar que a experiência de condições de trabalho socialmente protegido não se deu em todos os países. Sobre essa questão, Harvey (1992) adverte que sua disseminação ocorreu de forma desigual entre os Estados Nacionais, de modo que cada estado procurava seu próprio modo de administração, tanto na questão trabalhista quanto na política monetária fiscal, estratégias de bem-estar e investimentos públicos. Isso caracteriza uma configuração geopolítica centrada nos Estados Unidos, mas com sistemas distintos de alianças militares e relações de poder.

É possível relatar sinais de insatisfação e tensões sociais, visto que as negociações de salários estavam confinadas em certos setores da economia, enquanto outros setores ainda dependiam de baixos salários e fraca garantia de emprego. A raça, o gênero e a origem étnica costumavam determinar quem teria ou não acesso a empregos privilegiados (Harvey, 1992).

Antunes (2006) explica as diversas transformações ocorridas no mundo do trabalho como consequências do salto tecnológico, da automação, da robótica e da microeletrônica que invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. A partir de então, o fordismo e o taylorismo mesclam-se com outros processos produtivos, como o neofordismo, o neotaylorismo e o pós-fordismo. Com isso, o cronômetro e a produção em série e em massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade e “gestão participativa”, além da busca pela “qualidade total”.

Quanto às análises da crise do fordismo/taylorismo, houve uma concordância acerca de uma situação de saturação da produção em massa, com queda no ritmo da produtividade nos principais países do mundo e queda da taxa de lucratividade (Druck, 2011). Para Harvey (1992), o padrão fordista/keynesiano, do período compreendido entre 1945-1973, começa a colapsar a partir de 1973, iniciando, assim, um movimento rápido de mudança, fluidez e incertezas, com processos de trabalho e mercados mais flexíveis, mobilidades geográficas e rápidas mudanças nas práticas de consumo. Isso caracteriza o novo regime de acumulação flexível.

Esse modelo é caracterizado pela flexibilização dos processos produtivos e relações de trabalho, com ênfase no surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional, com implicações ainda nos níveis relativamente altos de desemprego estrutural e no retrocesso do poder sindical (Harvey, 1992, 2008).

Nesse contexto de intensa flexibilização do trabalho, a classe trabalhadora vivencia condições cada vez mais precárias no espaço laboral, ocasionando situações de existência cada vez mais rebaixadas. Essa situação é entendida como resultado do caráter explorador do próprio processo de trabalho capitalista e da necessidade de encontrar uma forma de controle adequada à sua perpetuação (Antunes; Praun, 2015; Mészáros, 2011).

Importa considerar que o termo “flexibilizar”, em sua definição, é descrito como ação

ou efeito de “tornar flexível” (Figueiredo, 2010). Nesse sentido, amparado em uma perspectiva crítica que embasa a análise da presente investigação, a flexibilização, que vem ocasionando transformações no mundo de trabalho, é compreendida como a liberdade regulamentada das empresas em demitir trabalhadores sem penalidades, reduzir o horário ou recorrer a mais horas de trabalho, pagar salários reais mais baixos, subdividir a jornada de trabalho, entres outros ônus. Isso representa um processo de precarização social do trabalho (Alves *et al.*, 2015).

Neste estudo, o objetivo é revelar as consequências que a flexibilização vem ocasionando para a vida da classe trabalhadora, quando essa flexibilização está materializada na precarização do trabalho. Sobre isso, Antunes e Praun (2015) explicam que a flexibilização e sua expressão multifacetada no mundo do trabalho sintetizam o que parte dos autores da sociologia tem definido, desde os anos 1980, como precarização do trabalho. Acrescentam ainda que a precarização do trabalho deve ser compreendida como um processo contraditório, isso porque,

[...] desperta tanto resistências por parte dos trabalhadores como, tendencialmente, apresenta-se como processo contínuo, cujos mecanismos de imposição entrelaçam-se com as necessidades permanentes de valorização de capital e autorreprodução do sistema [...] a precarização é, *por um lado*, fenômeno intrínseco à sociabilidade construída sob o signo do capital; *por outro*, uma forma particular assumida pelo processo de exploração do trabalho sob o capitalismo em sua etapa de crise estrutural [...] nas épocas de crise, o que se assiste é a sua intensificação, o que vimos denominando como a persistente tendência à precarização estrutural do trabalho em escala global (Antunes; Praun, 2015, p.413).

No Brasil, as bases para a flexibilização do trabalho irrestrito, entre outros retrocessos no âmbito social, foram introduzidas a partir das estratégias político-ideológicas neoliberais a partir da década de 1990, durante os governos de Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

Desse período, destaca-se a Reforma do Estado, que ao longo da década de 1990, apoiou-se num discurso da necessidade de um diagnóstico para a reconstrução do Estado frente às crises apresentadas no âmbito fiscal, do modo de intervenção do estado e do modelo burocrático de gestão pública. Além disso, adotou um paradigma gerencialista no bojo da administração pública, através de mecanismos que se voltaram para o controle de resultados, para a busca da eficácia e da eficiência, e para uma flexibilização da gestão na chamada área de Recursos Humanos (Dieese, 2008).

No governo FHC, a agenda neoliberal ganhou forma administrativa com a proposta dessa Reforma, fundamentada pela necessidade de adequar-se às mudanças tecnológicas,

variações do mercado e as especificidades de cada campo de atividade. A flexibilização do trabalho foi então instituída mediante ajustes nos vínculos laborais e nas formas de remuneração, principalmente por meio de contratações por serviços prestados (Alves *et al.*, 2015).

Nesse sentido, “um conjunto de instrumentos legais foi aprovado e introduzido tanto no âmbito da administração pública, objetivando justificar a flexibilização dos vínculos empregatícios e instaurar a política de insegurança” (Oliveira, 2010, p. 101), quanto no âmbito do setor privado.

No setor público, destaca-se, entre os instrumentos legais, a emenda constitucional nº 19, de 1998. Convém destacar que o texto constitucional disponibiliza várias formas de ingresso no cargo ou emprego público, sendo a aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, como regra geral, estabelecida pelo artigo 37, inciso II. Entretanto, a emenda constitucional nº 19 passou a permitir a nomeação sem concurso público para os cargos em comissão (aqueles de livre nomeação e livre exoneração). Desse modo, o inciso IX do referido artigo 37 prevê, desde então, a contratação por tempo determinado no caso de necessidade temporária de excepcional interesse público (Oliveira; Morais, 2016).

“É a partir desse arcabouço jurídico que ficam instituídas no Brasil as relações flexíveis de trabalho, melhor dito, a possibilidade legal de precarização. Ocorre que o problema tomou proporções tão significativas que passou a requerer posicionamentos e decisões das instâncias de gestão de vários setores da vida político-administrativas do país. Em particular no setor saúde, o problema salta aos olhos a os conflitos resultantes das novas modalidades de contratos tem atravessado a pauta de reivindicações de muitos sindicatos do setor” (Oliveira, 2010, p.110).

Druck (2013) relata que a nova precarização social do trabalho está sustentada na ideia de um processo que estabelece economicamente, socialmente e politicamente uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho. Assim, a precarização histórica e estrutural no Brasil vem sendo renovada e reconfigurada, justificada pela visão hegemônica do capital, diante da necessidade de adaptação aos novos tempos globais, marcada pela inevitabilidade e inexorabilidade de um processo mundial de precarização.

A referida autora publicou um estudo em 2016 o qual faz menção a seis indicadores que dimensionam a precarização social do trabalho. A primeira dimensão está relacionada ao mercado de trabalho e às formas de mercantilização da força de trabalho; a segunda corresponde à precarização dos padrões de gestão e organização do trabalho; a terceira aborda as condições

de (in)segurança e saúde no trabalho; a quarta dimensão trata do isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos dos trabalhadores, resultantes da descartabilidade, da desvalorização e da discriminação, afetando decisivamente a solidariedade de classe; a quinta dimensão versa sobre o enfraquecimento da organização sindical e das formas de luta e representação dos trabalhadores; e, por fim, a sexta dimensão retrata a “crise” do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal, que questiona sua tradição e existência, expressa hoje nos ataques à Consolidação das Leis do Trabalho (Druck, 2016).

Sobre o exposto acima, pode-se afirmar que a década de 1990 no Brasil representou o marco inicial para um conjunto de reformas que ocasionaram a devastação e retrocessos dos direitos da classe trabalhadora, considerando que nos últimos 30 anos, sete reformas previdenciárias foram emendadas na Constituição de 1988³.

A Emenda Constitucional n° 103, de 2019, trouxe alterações que representam um verdadeiro retrocesso para a classe trabalhadora, com destaque para trabalhadores com menos qualificação profissional. Isso porque foram inseridos critérios mais rígidos para o acesso e as regras de cálculo à aposentadoria, tanto para Regime Geral de Previdência Social (RGPS) quanto para o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS).

Entre as alterações na emenda supracitada, está o acréscimo para o acesso à aposentadoria, de 62 anos para mulheres e de 65 anos para homens, com a unificação entre os regimes (RGPS e RPPS). Além disso, houve a extinção da aposentadoria por tempo de contribuição, que permitia aposentadoria aos 30 anos de contribuição para mulheres e 35 anos para homens (no RGPS, não havia idade mínima).

³Emenda constitucional n°3 (1993): Altera os arts. 40, 42, 102, 103, 155, 156, 160, 167 da Constituição Federal, que trata da previdência social dos Servidores Públicos, Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, entre outros assuntos. Emenda constitucional n° 20 (1998): Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Emenda constitucional n° 41 (2003): Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional n° 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Emenda constitucional n° 47 (2005): Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. Emenda constitucional n° 70 (2012): Acrescenta o art. 6° à Emenda Constitucional n° 41, de 2003, para estabelecer critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos que ingressaram no serviço público até a data da publicação daquela Emenda Constitucional. Emenda constitucional n° 88 (2015): Altera o art. 40 da Constituição Federal, relativamente ao limite de idade para a aposentadoria compulsória do servidor público em geral, e acrescenta dispositivo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Brasil, 1993, 1998, 2003, 2015).

Ademais, essa reforma de 2019 permite que a pensão por morte do servidor seja inferior ao salário mínimo nos casos em que a pensão não seja a única fonte de renda formal auferida pelo dependente. Proíbe ainda a acumulação de duas ou mais pensões por morte deixadas por cônjuge ou companheiro do mesmo regime de previdência (Paternostro, 2019).

Em seu estudo sobre as narrativas das reformas estruturais no Brasil, Antunes (2017) resgata uma terminologia trabalhada por Streeck (2017), a TINA (There Is No Alternative), que aponta o endeusamento que a globalização e o neoliberalismo, através de uma teologia própria e uma linguagem muito criativa, tentam justificar sucessivas reformas e emendas constitucionais que passaram a fazer parte da agenda de diferentes governos, com objetivo de abalroar a previdência social.

Ou seja, a mensagem transmitida é que as reformas seriam indispensáveis na resolução dos problemas fiscais do país, garantindo a sustentabilidade do sistema previdenciário. No entanto, esse discurso não passa de um marketing do terror e de narrativa do caos, base do que consideramos como um catastrófico cenário para o desmonte da previdência e dos direitos trabalhistas, garantidos pela constituição (Antunes, 2017).

Portanto, no Brasil, o aprofundamento do fenômeno da precarização do trabalho vem sendo amparado pelas estratégias de flexibilização introduzidas mediante mudanças em um conjunto de legislações. Nessa direção, vale destacar a Lei nº 13.467, de 2017 (Reforma Trabalhista), instituída no Governo de Michel Temer, a qual altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), totalizando mais de 560 artigos modificados desde o seu nascedouro até a Reforma em comento (Fonseca, 2019).

Antunes e Gouveia (2019) destacam pontos importantes na mudança legislativa de 2017, que afetaram os trabalhadores que necessitam da aposentadoria por invalidez, auxílio-doença e salário-maternidade, tornando mais rígidas as regras para concessão do direito, principalmente no momento de maior vulnerabilidade do trabalhador, por estar doente e com maior dificuldade para retornar ao mercado de trabalho.

Krein, Oliveira e Filgueiras (2019) discutem questões que envolvem o mundo do trabalho, considerando o contexto de reformas que atualmente se colocam no país. A primeira, considerada como cerne da retórica dominante, postula que o direito do trabalho desincentiva ou mesmo reduz os postos de trabalho. No entanto, os autores apontam que existem argumentos contrários, visto que análises e evidências indicam que o direito do trabalho pode não prejudicar

e até contribuir para a ampliação do emprego e do desenvolvimento econômico. Esse fato melhor é explicado quando se analisa o cenário do Brasil entre 2004 e 2013, comparando com o período de reforma de 2017.

Outra questão comum é a associação da regulação protetiva do trabalho ao ataque ou defesa das empresas; nesse aspecto destaca-se que o direito do trabalho não se coloca contra as empresas nem contra o capitalismo, mas fortalece um tipo de empresa, em detrimento de outro. No entanto, a posição liberal dominante é aquela que ataca o direito do trabalho, valorizando um tipo específico de empresa e de capitalismo (Krein; Oliveira; Filgueiras, 2019).

A classe trabalhadora tem sido, em geral, relegada a condições de vida instáveis e sem perspectiva de ascensão social. O desemprego, a subocupação, a instabilidade do rendimento e a perda de representação e direitos sociais e trabalhistas tornam-se cada vez mais comuns, uma realidade agravada ainda mais pela a crise endêmica da COVID-19, que revela as entranhas do receituário neoliberal pelas quais a classe do labor sofre e procura reagir à superexploração capitalista (Oliveira; Pochmann, 2020).

Antunes (2018) aborda o desmonte da legislação social do trabalho correlacionando-o com a efetivação da agenda neoliberal a partir de um movimento pendular que independe se está inserida em governos liberais “puros”, como no caso do FHC no Brasil, que trouxe consequências claras para o país, como o aumento da concentração de riqueza, expansão dos lucros e ganhos do capital, incrementados com a privatização de empresas públicas, além do avanço da desregulamentação dos direitos do trabalho.

Assim como em governos de "social-liberalismo" (apologeticamente chamados de "neodesenvolvimentistas"), como no caso do governo PT, visto que, apesar de possuírem ponto de diferenciação, como programas sociais (bolsa família e valorização do salário mínimo), detêm uma política policlassista fortemente conciliadora, preservando e ampliando os grandes interesses das frações burgueses, pressupostos fundamentais do neoliberalismo que se mantêm essencialmente preservados. Antunes ressalta que:

“Aqui reside o segredo de Polichinelo: para garantir a alta remuneração dos capitais, vale devastar toda a população trabalhadora. Começando pela destruição completa do que resta de seus direitos trabalhistas, da previdência, da saúde e da educação públicas. Nenhuma palavra sobre redução dos juros, tributação dos bancos, dos capitais e das grandes fortunas” (Antunes, 2018, p. 300).

Dessa forma, compreendido o arcabouço teórico-conceitual do processo de flexibilização e da precarização do mundo do trabalho, fica claro os interesses econômicos da lógica capitalista e neoliberal que perpassa períodos e governos no Brasil, trazendo consequências nefastas para os trabalhadores, especialmente por meio da devastação dos direitos trabalhistas, independentemente do setor em que esses trabalhadores estejam inseridos. Na próxima seção, abordaremos mais especificamente as repercussões desse fenômeno para o SUS e para a classe de enfermeiras (os) nele inseridas.

2.3 Repercussões da flexibilização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde

Esta subcapítulo objetiva analisar as repercussões da implementação da flexibilização do trabalho no Brasil, iniciada nos anos 1990, para os trabalhadores inseridos no SUS, em especial para as (os) enfermeiras (os).

Com base no que foi apresentado no subcapítulo anterior, a promulgação da Emenda Constitucional nº19, de 1988, possibilitou a destituição do regime de relações de trabalho no Brasil anterior a 1998. Ao modificar o texto constitucional, a referida emenda passou a permitir a nomeação sem concurso público para cargos em comissão, ou seja, aqueles de livre nomeação e livre exoneração, além da contratação por tempo determinado em casos de necessidade temporária e excepcional interesse público (Oliveira, 2010).

Em decorrência, o regime jurídico dos servidores públicos foi alterado, resultando na quebra do regime jurídico único, fixação do teto remuneratório, perda da estabilidade, criação do subsídio para os membros do poder, entre outros itens abordados pela mencionada emenda (Farias, 2020).

Assim, no Brasil, o desemprego e a ampliação dos níveis de informalidade, inclusive no setor público, foram consequências das reformas liberais. Em decorrência dessas determinações macroestruturais, “a força de trabalho passou a vivenciar não apenas um processo de desconstrução dos direitos trabalhistas e previdenciários, mas também a insegurança quanto à estabilidade no trabalho” (Oliveira; Morais, 2016, p. 121).

Durante toda década de 1990 e início dos anos 2000, a precarização do trabalho no serviço público se expressou sob as mais diversas formas, como a ausência de reajustes salariais, a heteronomia salarial, a presença de vínculos terceirizados, intolerância e autoritarismo por parte de empregadores em relação aos sindicatos de servidores (Santos *et al.*,

2020). Em 2002, aproximadamente 600 mil trabalhadores do SUS tinham vínculos precarizados, representando 30% da força de trabalho (Brasil, 2006).

Silva *et al.* (2020) abordaram a precarização do trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem no estado de Ceará no período de 2013 a 2017. Destacaram que, apesar da maioria (51,2%) das atividades realizadas por esses profissionais serem no setor público, isso não garantia estabilidade de vínculo (características do trabalho precário), pois o vínculo por meio de cooperativa (30,7%) rivalizava com o estatutário (35,7%).

É importante compreender que esses “ataques” enfrentados pela classe trabalhadora perpassam governos, sendo observados em diversas reformas, desde as previdenciárias até a mais atual reforma trabalhista. Nesse contexto, cabe mediação na época de 2004, onde o Ministério da Saúde implementou uma política de valorização do trabalhador (desprecarizaSUS), que visava combater a desprecarização do trabalho e fortalecer o SUS (Brasil, 2006). Na época, reconheceu-se que as reformas estruturais haviam transformado o trabalho em condições precárias, contribuindo para a ausência dos direitos sociais de trabalhadores, inclusive no SUS.

Silva *et al.* (2020) destacam que a política supracitada teve um processo de formulação de forma participativa e articulada com diferentes setores governamentais. Em 2003, instituiu-se o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS para discutir diferentes ações de desprecarização e promover a defesa e valorização do servidor público, com ênfase na humanização da gestão do trabalho em saúde.

Na contramão do exposto acima, estudos como os de Rézio e Oliveira (2010), Pierantoni *et al.* (2008) e Silva *et al.* (2017) apontam que, apesar de pontos fundamentais nessa iniciativa, o cenário de precarização não foi alterado; pelo contrário, foi aprofundado. Isso ocorre em virtude da persistente vivência da precarização do trabalho pelos profissionais do SUS, especialmente após a implementação da lógica neoliberal, que vem sendo inserida e materializada no setor público por meio da terceirização da gestão, dos serviços e dos trabalhadores da saúde.

Girardi *et al.* (2010) relatam que gestores municipais da saúde reconhecem que a flexibilidade contratual, trazida pela reforma trabalhista foi um importante fator para a prática de vínculos desprotegidos ou precários na ESF. Essa flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal foi a principal justificativa (58,2%) dos gestores para a ocorrência de

vínculos precários e desprotegidos, seguida pelos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, (54%) em 2001. Nos anos subsequentes, outras justificativas foram adicionadas, como a dificuldade para realização de concursos públicos (44,3%) e o não preenchimento das vagas quando esses são realizados (21%).

Sobre isso, um estudo realizado em um hospital público federal de ensino no estado de Mato Grosso revelou o comportamento da forma de acesso ao emprego público em relação ao tempo (1984-2010), onde a natureza dos vínculos da enfermagem tem se modificado desde sua implantação em 1984. A partir do ano 2000, houve incremento da precarização do trabalho em detrimento das outras formas de contratação e de recrutamento e seleção de pessoal via concurso público (Ribeiro; Souza; Silva, 2014).

Uma pesquisa publicada em parceria com a Fiocruz em 2016 apresenta o perfil da enfermagem no Brasil, reunindo trabalhos de diversos autores e autoras sobre a importância da profissão no âmbito do SUS, bem como outros aspectos relacionados com o trabalho que esse contingente de trabalhadores realiza. Nesta pesquisa, diversas abordagens associam-se às transformações ocorridas no mundo do trabalho, no tocante à flexibilização e precarização do trabalho.

Dados sobre o mercado de trabalho apresentaram índices de desemprego entre as enfermeiras (os) em torno de 12,4%, ou seja, mais de 51 mil delas (es) afirmam ter experimentado ficar desempregadas (os) nos últimos 12 meses (Machado *et al.*, 2016, p. 57).

Gomes *et al.* (2016) relacionam a precarização do trabalho de enfermagem com a perda de direitos trabalhistas e suas repercussões, como a baixa remuneração, múltiplos vínculos, diversas formas de contratação e jornadas extensas de trabalho.

As enfermeiras, além do trabalho precarizado decorrente do processo amplo de flexibilização, enfrentam precarização relacionada ao gênero, ao verificar que os homens mantêm seus salários proporcionalmente mais altos pelo fato de ocupar espaços de poder e cargos mais elevados na hierarquia organizacional (Melo *et al.*, 2016).

Laitano *et al.* (2019) apontam algumas evidências que contribuem para o processo de precarização do trabalho na enfermagem, nas décadas de 1970 e 1980 no estado da Bahia. Entre elas, a priorização dos interesses mercadológicos em detrimento da qualidade de assistência prestada, sendo prática comum a substituição da força de trabalho da enfermeira por pessoal de

nível médio e até mesmo sem qualificação para o desempenho de tais funções, como era o caso dos atendentes de enfermagem. O autor ainda aponta outro agravante nesse aspecto:

Assim, formou-se um enorme contingente de reserva de enfermeiras não inseridas no mercado de trabalho, as quais, diante de alguma oportunidade de contratação, sujeitam-se à precarização dos vínculos e à baixa remuneração, pois, além de competirem com seus pares, enfrentavam a concorrência desleal com um grupo heterogêneo e menos qualificado (Laitano *et al.*, 2019, p.309).

O século XXI trouxe, portanto, a incorporação ao cotidiano do mundo do trabalho novas enfermidades, típicas das recentes formas de organização do trabalho e da produção, bem como da nova divisão internacional do trabalho, além da disseminação de práticas que articulam os pressupostos da liofilização organizacional, da empresa enxuta (lean production) a condições de baixa (ou nenhuma) proteção do trabalho (Antunes; Praun, 2015).

Compreende-se, portanto, que as transformações no mundo do trabalho são fenômenos antigos e têm se agravado pela institucionalização desordenada da precarização nas condições laborais, inclusive na área da saúde. A enfermagem, apesar do inegável avanço desde a modernização da profissão no século XIX até as mais recentes lutas pela conquista da regulamentação da jornada de trabalho e determinação de piso salarial, ainda carrega estereótipos romantizados de amor e cuidado ao próximo, advindos da influência religiosa, que somados aos fatores sociais, políticos e econômicos do país, contribuem para a intensificação da precarização do trabalho da categoria.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar o fenômeno da flexibilização do trabalho de enfermeiras (os) vinculadas (os) à Fundação de Hematologia de Pernambuco (Hemope) e as repercussões desse fenômeno nas suas vidas e na prestação da assistência.

3.2 Específicos

1. Caracterizar e analisar as relações de trabalho de enfermeiras (os) vinculadas (os) ao Hemope implementadas a partir de 2013 pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco;
2. Compreender as dimensões da insegurança e saúde no trabalho, bem como a perda da identidade individual e coletiva e do direito do trabalho, que configuram a precarização social do trabalho;
3. Analisar as consequências que os vínculos flexíveis/precários ocasionam para a vida de enfermeiras (os) e para a assistência prestada no Hemope.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para uma compreensão aprofundada do objeto de investigação, fez-se necessária, realizar, inicialmente, uma leitura aprofundada dos principais estudiosos sobre o tema da flexibilização e da precarização do trabalho, e suas graves implicações para classe trabalhadora em escala global, buscando, sempre, uma análise crítica e reflexiva na literatura nacional e internacional. Dessa forma, a abordagem teórica orientou a concepção e a análise da pesquisa qualitativa (Meyer; Ward, 2021).

Para responder aos objetivos propostos, o fenômeno da precarização do trabalho entre as (os) enfermeiras (os) vinculadas (os) ao SUS foi abordado a partir de três das seis dimensões propostas por Druck (2011, 2016). Essas três dimensões estão especificamente relacionadas às condições de trabalho e aos aspectos concernentes aos vínculos laborais. São elas: a dimensão que versa sobre as condições de (in) segurança e saúde no trabalho; o isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos resultantes da descartabilidade, da desvalorização e da discriminação, afetando decisivamente a solidariedade de classe; e, por fim, a crise do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal, que questiona a sua tradição e existência, expressa hoje nos ataques aos direitos sociais do trabalho.

Em Pernambuco, a primeira promulgação sobre os plantões extras foi em 2013. Desde então, um conjunto de cinco decretos, três portarias e uma lei estadual fazem parte do arcabouço jurídico, a fim de institucionalizar o trabalho informal nos serviços de saúde (nota 1).

4.1 Tipologia do estudo

O estudo corresponde a uma investigação exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagens da pesquisa qualitativa a partir de entrevista semiestruturada e análise documental. A escolha pelo estudo de caso foi considerada pela possibilidade de se investigar o fenômeno da flexibilização no mundo do trabalho, no contexto da reestruturação produtiva, e suas consequências para uma determinada instituição.

O estudo de caso é utilizado como uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real. Para isso, é possível utilizar várias fontes de evidências, trabalhadas por meio da triangulação de dados com o objetivo de confirmar as proposições teóricas iniciais do estudo (Yin, 2003).

Martins (2008) acrescenta a esse contexto que o estudo de caso possibilita a penetração em determinada realidade social, pois seu objetivo é a investigação empírica que pesquisa o fenômeno dentro do contexto real, não tendo o pesquisador controle sobre os eventos, mas buscando apreender, compreender, interpretar e descrever a complexidade do caso concreto por meio do profundo mergulho no objeto delimitado.

A pesquisa qualitativa afasta-se do positivismo sociológico, que reconhece como ciência apenas a objetividade, das leis e as regularidades que regem os fenômenos, menosprezando, portanto, os aspectos chamados "subjetivos". A referida pesquisa objetiva compreender a lógica interna de grupos, instituições e movimentos sociais e seus atores, valorizando questões culturais e representações sobre sua história e temas específicos (Minayo, 2014).

4.2 Cenário e universo da pesquisa

O estudo foi realizado na Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), unidade coordenadora dos hemocentros, localizada no Recife-PE, vinculada atualmente à Secretaria estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).

A Fundação Hemope, inaugurada em 25 de novembro de 1977, tem como iniciativa basilar a decisão do Presidente da República, Jânio Quadros, que em 1961 decidiu pela compra de dois Centros de Transfusão Sanguínea da França para serem instalados um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo. Com isso, incumbiu um representante, o Professor Universitário Pernambucano Luiz Tavares, para essa negociação, fato que não aconteceu efetivamente devido à sua renúncia um dia antes da viagem desse representante à França. No entanto, essa cooperação Francesa na história da Hemoterapia Brasileira manteve-se firme por longas datas, inclusive por meio de estágios de especialização para profissionais do Brasil na França, visando à formação de um quadro de profissionais brasileiros capazes de desenvolver técnica e administrativamente um Centro de Transfusão Sanguínea a ser construído em Pernambuco (Santos, 2022).

Desde então, o legado dessa cooperação foi orientado a partir da indução de conteúdos da visão humanística, que configura a Hemoterapia como benefício social, jamais como prática mercantilista e excludente. É inegável, portanto, a importância do sistema de Hemoterapia Francesa, em especial os serviços de Paris, Strasbourg e Toulouse, como colaboradores do Brasil na implantação da Rede Brasileira de Hemocentros.

Nesse contexto, faz-se oportuno resgatar também aspectos do processo de implantação, no Brasil, do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (PRO-SANGUE), adotado pelo Ministério da Saúde em 1980, que situa o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) como referência bem-sucedida na sistematização, organização e desenvolvimento da Hemoterapia no país, como serviço público relevante, não lucrativo e de doação voluntária não remunerada. Visto que, naquela época, era comum as distorções que ocorriam na coleta e no processamento de sangue, principalmente distorções éticas, pois os bancos de sangue privados visavam essencialmente o lucro em detrimento do bem-estar social, incentivando a doação por meio de doadores remunerados, em geral marginalizados na sociedade, que vendiam seu sangue em busca de dinheiro para sua própria alimentação e necessidades imediatas (Santos, 2022).

A Fundação Hemope foi instituída juridicamente em 1977, sob a natureza de Fundação de direito privado, condição que lhe permitiu flexibilidade administrativa, principalmente nas normas de administração de pessoal, sendo modelo de regimento interno, no tocante à elaboração de critérios de seleção, diretrizes do quadro de pessoal e existência de normas de avaliação de desempenho dos profissionais que prezava pela política de valorização de servidores, quer do ponto de vista profissional, quer salarial (Santos, 2022).

Após a CF de 1988, o Hemope migrou da condição de Entidade de Direito Privado vinculada ao Estado à condição de Órgão Público. Desde então, os servidores da Fundação Hemope respondem ao Regime Jurídico Único (RJU) (Santos, 2022). Discorda-se da visão do autor sobre a correlação da desvalorização profissional dos trabalhadores do Hemope após a instituição do RJU que para ele esse Regime nivela o trabalhador por baixo com “aviltamento salarial, mau funcionamento, não valorização dos funcionários mais competentes e mais responsáveis e impunidade dos maus funcionários” (Santos, 2022, p.37).

Conforme já explicitado na discussão teórica do presente estudo, entende-se que a natureza do vínculo por concurso público, ao garantir estabilidade ao trabalhador e quando associado à instituição e ao cumprimento de uma Política de Planos de Cargos, Carreira e Salário, conforma um trabalho socialmente protegido. Vale recordar que na esfera pública, os trabalhadores têm direitos e deveres que devem ser observados, cabendo ao ente público o seu cumprimento (Pernambuco, 1968; Brasil, 1990).

Atualmente, a Fundação Hemope caracteriza-se como Hospital Especializado, Estadual de administração pública, desenvolve atividades de caráter ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, possui atualmente caráter científico, educacional e assistencial, constituindo-se de um serviço referência no estado em diagnóstico laboratorial e tratamento das patologias do sangue. Atua também no desenvolvimento da medicina transfusional e no apoio aos serviços de transplante de órgãos em Pernambuco, no aspecto da histocompatibilidade de doadores e receptores. O referido serviço possui oitocentos e noventa e um profissionais de diversas categorias, no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, sessenta e sete leitos hospitalares, serviço ambulatorial, hospital-dia, de pronto atendimento, atendimento odontológico, acompanhamento fisioterápico e psicológico (Hemope, 2022; Cnes, 2023).

Contudo, a escolha por esse cenário de pesquisa surgiu, primeiramente, do interesse em investigar o fenômeno da precarização do trabalho entre as (os) enfermeiras (os) neste serviço de saúde, considerado uma instituição de inquestionável importância histórica, social e política para a população do estado de Pernambuco e do Brasil. Além disso, a vivência da pesquisadora como trabalhadora do Hemope permitiu uma reflexão crítica do objeto estudado, a partir de uma análise de “valor agregado”. Essa abordagem expande e libera o olhar analítico, indo além da sumarização e catalogação de dados empíricos e realidades superficiais, comumente utilizados em estudos convencionais (Bosi; Gastaldo, 2021).

Sobre esse aspecto, Minayo (2014) afirma que na prática da investigação, nenhuma pesquisa, seja ela qualitativa ou quantitativa, é neutra; pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais “ingênuo” ou “simples” nas pretensões, está embasado por um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto. Concordando ainda com a autora, nenhuma das linhas de pensamentos sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa sobre a realidade.

Os sujeitos entrevistados foram selecionados por amostra intencional e heterogênea composta por nove enfermeiras vinculadas ao Hemope, bem como uma representante da gestão do trabalho da enfermagem do Hemope e uma da Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTES) da SES-PE (/SES-PE).

4.3 Coleta e análise dos dados

Foram solicitados dados sobre as relações de trabalho de enfermeiras (os) do Hemope à Secretaria Executiva de gestão do trabalho e Educação da SES-PE, segundo a Lei de Acesso à

Informação, por meio do site da Ouvidoria Geral de Pernambuco (Brasil, 2012). Esses dados correspondem ao quantitativo de enfermeiras (os) estatutárias, com contratação por tempo determinado (CTD) e àquelas (os) que atuaram sob regime de plantão extraordinário, no período de 2013 a 2021. Com o objetivo de comparar e caracterizar as relações de trabalho das enfermeiras (os) do Hemope com as de outros serviços de saúde estadual, a solicitação dos mesmos dados para aos hospitais⁴ foi estendida aos hospitais que compõem a rede própria da SES/PE.

Vale ressaltar que as informações disponibilizadas pela SES/PE sobre os plantões extras só estão disponíveis a partir de 2015, o que justifica a ausência de informações sobre plantão extra nos anos de 2013 e 2014, período que fez parte do recorte temporal do estudo. A SES-PE utiliza um Sistema de Gerenciamento de Plantão Extraordinário (Sigape), o qual contém um banco de dados dos profissionais que estão disponíveis para prestação do serviço. No entanto, os dados contidos nesse sistema não são de domínio público, sendo, portanto, igualmente solicitados à SES/PE por meio da LAI.

Foi utilizada a técnica de análise documental para a análise das leis, decretos e portarias. Essa técnica sistematiza e organiza as informações secundárias ao acesso de documentos de domínio público, acessado de modo público ou institucional, que versem sobre o objeto do estudo (Poupart *et al.*, 2012). Esse arcabouço documental versava sobre a institucionalização de vínculos flexíveis, com destaque para a legislação que institui o sistema de plantões extraordinários no âmbito da rede estadual de saúde.

Os demais dados para o estudo foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, o que permitiu aos participantes expressarem suas análises sobre as temáticas abordadas, através de perguntas pré-formuladas e de forma mais espontânea. Para realização da entrevista semiestruturada, fez-se necessária uma linguagem de roteiro que provocasse as várias narrativas possíveis das vivências das (os) participantes com o fenômeno estudado e visão sobre relações sociais envolvidas nessa ação. Essa abordagem evita induções às respostas dicotômicas do tipo

⁴ Os hospitais da rede da SES/PE foram: Agamenon Magalhães; Barão de Lucena; Restauração; Getúlio Vargas; Otávio de Freitas; Regional Agreste Waldemiro Ferreira; Alcides Codiceira; Correia Picanço; Geral de Areias; Jesus Nazareno; Belarmino Correia; Jaboatão Prazeres; Agamenon Magalhães; (Serra Talhada); Dom Moura; Inácio de Sá; José Fernandes Salsa; Ulysses Pernambucano; Sanatório Padre Antônio Manuel.

sim ou não, ou então, definições abstratas e externas às vivências dos entrevistados (Minayo, 2014).

O roteiro da entrevista, dirigido às enfermeiras (os) envolvidas(os) na execução do trabalho de enfermagem no Hemope, versou sobre temas como a formação profissional, o tipo de vínculo empregatício, o tempo de serviço, a forma de seleção, a jornada de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a satisfação profissional, as condições de saúde, bem como a percepção sobre a precarização do trabalho (Apêndice A).

Já as entrevistas direcionadas aos representantes da gestão do trabalho do Hemope e da SES-PE trataram de temas como: a compreensão em relação à institucionalização de vínculos flexíveis pela SES/PE, as percepções sobre a precarização do trabalho e suas consequências para prestação da assistência no Hemope, a existência de conflitos entre profissionais com modalidade de vínculos diferentes e quais os impasses para realização de concursos públicos, entre outras questões (Apêndice B e C).

A técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016) foi utilizada, conforme descrita em diversos estudos (Minayo, 2014; Oliveira, 2008; Cavalcante, 2014). Esta técnica permite a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados.

Categoricamente, a técnica de análise de Bardin (2016) subdivide-se em três etapas. A pré-análise que objetiva uma leitura flutuante, extraindo as principais hipóteses e pressupostos. A etapa de exploração do material ou a codificação aborda a administração das técnicas sobre o corpus e regras previamente formuladas. Por fim, a etapa de interpretação e tratamento dos resultados que objetiva ligar os resultados obtidos ao escopo teórico, permitindo avançar para conclusões que levem ao avanço da pesquisa (Cavalcante; Carlixto; Peixoto, 2014; Ramos; Salvi, 2019).

4.4 Critério de inclusão

Os sujeitos entrevistados foram selecionados por amostra intencional e heterogênea, composta por enfermeiras (os) vinculadas (os) ao Hemope, bem como representantes da gestão do trabalho no Hemope e da DEGTEs da SES/PE.

Participaram da pesquisa nove enfermeiras (os) de nível superior envolvidas (os) na execução do trabalho de enfermagem no Hemope, com pelo menos seis meses de experiência,

considerando a alta rotatividade que os arranjos laborais flexíveis ocasionam. Essas (es) enfermeiras (os) foram selecionadas (os) da seguinte forma: três enfermeiras (os) com vínculos do tipo estatutários do Hemope, três com contratação por tempo determinado e três que realizavam plantões extraordinários no Hemope via credenciamento no Sigape.

Como critério de inclusão das enfermeiras (os) atuantes via credenciamento no Sigape, considerou-se apenas aquelas(es) que não possuíam outras modalidades de vínculos no referido serviço.

Quanto às entrevistas realizadas no âmbito da gestão, foram entrevistadas uma representante da diretoria de enfermagem de nível superior do Hemope e uma representante da DEGTESES/SES-PE. Foi considerado como critério de inclusão aqueles sujeitos que estavam atuando nos respectivos órgãos gestores no momento da realização das entrevistas, tendo em vista a possível rotatividade de cargos comissionados provenientes da mudança de gestão do governo de Pernambuco em 2023.

4.5 Abordagem aos participantes

Todos os participantes foram previamente indagados quanto à sua disposição para integrar a pesquisa, e foram agendados momentos oportunos para a realização das entrevistas de forma presencial ou remota. Cada participante, após a concordância, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo as normas estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula a inclusão na amostra (Brasil, 2013). Assim, os pesquisadores garantem sigilo em relação à identificação dos participantes. Estes também foram informados sobre a possibilidade de apresentação dos dados da pesquisa em eventos como congressos, encontros de pesquisa, jornais e/ou revistas, tanto nacionais quanto internacionais, respeitando também o código de ética dos profissionais de enfermagem (Brasil, 2017).

4.6 Considerações éticas

O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CNS (Resolução 466/2012), tendo projeto cadastrado via Plataforma Brasil e designado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, e da Instituição coparticipante Fundação de Hematologia e Hemoterapia do

Estado de Pernambuco-Hemope, sendo gerado CAAE 67879623.0.3001.5195 e aprovado sob parecer 6.050.743 em 10 de maio de 2023 (em anexo).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, serão apresentadas e discutidas as evidências empíricas da precarização social do trabalho entre enfermeiras(os) inseridas(os) no setor público de saúde, considerando o cenário de intensa flexibilização da legislação trabalhista e social no Brasil, segundo dimensões proposta por Druck (2016).

Em Pernambuco, destacam-se as leis da CTD e dos plantões extraordinários (Pernambuco, 2011; 2013; 2014; 2016; 2017; 2022) como novos arranjos de legislações flexíveis de trabalho, permitindo a convocação de trabalhadores da saúde, como as(os) enfermeiras(os), para prestação de serviços nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado.

Inicialmente, será apresentada uma caracterização dos tipos de vínculos laborais das enfermeiras(os) vinculadas(os) ao Hemope no período de 2013 a 2021 (após a primeira promulgação da legislação dos plantões extraordinários em 2013), objetivando dimensionar e analisar as distintas situações sociais do trabalho vivenciadas por essas(es) trabalhadoras (es) no serviço de saúde em estudo. Na sequência, esses mesmos aspectos foram apresentados e analisados para os demais dezoito hospitais próprios do estado de Pernambuco (nota nº 4).

E, por fim, serão analisadas e discutidas as dimensões da precarização social do trabalho- insegurança e saúde no trabalho; perda da identidade individual e coletiva; direito do trabalho, e suas consequências para a vida pessoal e para a assistência prestada no Hemope.

5.1 Caracterização das relações de trabalho de enfermeiras(os) vinculadas(os) ao Hemope e aos hospitais próprios da Secretaria Estadual de Saúde no período de 2013 a 2021

Os tipos de vínculos laborais das (os) enfermeiras(os) que estavam trabalhando no Hemope e nos dezoito hospitais da administração direta da SES- PE, no período do estudo, segundo dados disponibilizados pela SES-PE, foram: estatutário, a CTD e o plantão extra. Faz-se necessário reafirmar que, dos dados de 2013 enviados pela SES-PE, ainda não constavam as(os) enfermeiras (os) prestando serviço via plantão extra, apesar da promulgação da primeira portaria dos plantões extras ter ocorrido nesse ano.

Ainda convém resgatar que, apesar de sua inauguração em 1977, o regime jurídico do Hemope só foi modificado após a Constituição Federal de 1988, com a Lei Complementar nº

03 de 22 de agosto de 1990, a qual estabeleceu o regime jurídico do servidor público civil. Essa lei, entre outras proposições, modificou a estrutura básica do Hemope (Pernambuco, 1974).

Com essa modificação na década de 1990, os cargos do Hemope, antes contratados por meio de decisões do conselho deliberativo, foram transformados em cargos públicos efetivos. Ao referido conselho, competia, na época, entre outras atribuições, aprovar o quadro de pessoal, a política salarial e as normas de contratação de pessoal do Hemope. Tais atribuições, após a Lei Complementar supracitada, ficaram sob responsabilidade do estado por meio da SES/PE.

Os atuais empregos de natureza permanente dos quadros de pessoal das autarquias e fundações públicas, mantidos os respectivos ocupantes e atuais níveis de remuneração, nomenclatura e quantitativos, ficam transformados em cargos públicos efetivos, e a integrar o respectivo quadro permanente de pessoal (Pernambuco, 1990).

Apesar de essa legislação ter estabelecido o vínculo estatutário como forma de ingresso nesse serviço, a gestão do trabalho do Hemope passou a acompanhar também a logística de contratações flexíveis imposta pela SES-PE com a inserção da CTD e plantão extra, como demonstrado a seguir.

A forma de CTD foi institucionalizada em Pernambuco, com a promulgação da Lei nº 14.885, em 2012, a qual permitiu a contratação de profissionais nessa condição para atender às necessidades de excepcional interesse público. Os profissionais são submetidos ao regime celetista, sendo permitida a contratação temporária por um prazo máximo de 02 (dois) anos, admitindo-se uma única prorrogação por igual período (Pernambuco, 2012).

Quadro 1- Vínculos de Enfermeiras(os) no Hemope no período de 2013 a 2021.

Vínculo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Estatutário	16	21	22	23	31	31	31	31	31
CTD									17
Plantão extra					54	60	63	78	65
Total	16	21	22	23	85	91	94	109	113

Fonte: SES-PE; Hemope. 2023. Elaboração própria.

Os dados revelam que foi a partir de 2017 que o plantão extra passou a ser registrado no quadro das contratações das(os) enfermeiras(os) do Hemope, ultrapassando o percentual de estatutárias, chegando a 71,56% dos vínculos de enfermeiras em 2020. Assim, no período entre

2013 e 2017, não foram contabilizadas enfermeiras atuantes por meio da CTD e plantão extra. O serviço funcionava apenas com as(os) enfermeiras(os) estatutárias(os), passando de 16 enfermeiras(os) em 2013 para 31 em 2017 (SES/PE).

Já em 2021, o cenário de vínculos laborais precários de enfermeiras(os) vinculadas ao Hemope estava claramente presente, pois eram apenas 31 (27,43%) enfermeiras(os) com vínculos estatutários, 17 (15,04%) enfermeiras(os) CTD e 65 (57,52%) enfermeiras(os) do plantão extra, ou seja, 72,56 % do total de vínculos eram precários.

Em relação aos hospitais próprios, gerenciados pela SES/PE, os dados revelam que em 2013 eram 718 (70,5%) o número de enfermeiras estatutárias vinculadas aos hospitais públicos do estudo. Em 2021, esse número passou para 1691 (37,1%), em relação aos demais vínculos de enfermeiras(os). Recorde-se que esse percentual de aproximadamente 70% no ano de 2013 pode estar superestimado, considerando a possível não contabilização de enfermeiras(os) trabalhando via plantões extras.

Quadro 2- Vínculos de enfermeiras(os) nos Hospitais próprios da SES/PE no período de 2013 a 2021.

Vínculo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Estatutário	718	685	729	1162	1243	1367	1701	1740	1691
CTD	307	225	159	80	57	20	13	657	1124
Plantão extra			1591	1658	1494	1798	1595	1729	1745
Total	1025	910	2479	2900	2794	3185	4126	4126	4560

Fonte: SES-PE; Hemope. 2023. Elaboração própria.

Outra questão que chama a atenção no quadro acima é que, apesar do aumento no número de vínculos estatutários entre as(os) enfermeiras(os) ao longo do período, é possível observar o crescimento dos demais vínculos como a CTD e o plantão extra. Isto é, o que ocorreu foi o crescimento de vínculos precarizados em detrimento do vínculo protegido socialmente.

O vínculo estatutário garante aos servidores um regime jurídico único, estabilidade, plano de cargos, carreias e salário, aposentadoria, entre outros direitos trabalhistas e previdenciários (Brasil, 1990). Entende-se também que o processo de seleção via concurso público garante a “igualdade de condições para concorrer a cargos, empregos ou funções na administração pública direta e indireta” (Bello, 1996, p.318). Dessa forma, é possível evitar

apadrinhamentos e indicação política para cargos públicos, além de dirimir a rotatividade de profissionais, considerando que o vínculo estatutário garante estabilidade laboral. No caso do setor saúde, essa condição possibilita a criação de vínculo dos profissionais com o serviço e com os usuários do SUS, bem como o aperfeiçoamento técnico-científico para lidar com as especificidades de cada cargo.

Conforme já discutido, as reformas neoliberais, iniciadas no governo FHC na década de noventa, contribuíram para a retirada de direitos sociais do trabalho no serviço público, especialmente no que se refere à estabilidade e à aposentadoria integral (March, 2011; Brasil, 1998). A partir de então, passou a ser permitida a contratação de trabalhadores no serviço público via CLT, regime esse, cabe destacar, que, ainda que garanta um conjunto de direitos trabalhista e previdenciários, não assegura estabilidade laboral; contratação por tempo determinado (regido pela Lei nº 8745, de 1993) e os cargos comissionados (Brasil, 2006).

É possível afirmar que está em curso um aprofundamento das (contra) reformas do estado brasileiro (Behring, 2008). Mais recentemente, a Reforma Trabalhista de 2017, por exemplo, passou a permitir a terceirização fim dos serviços, podendo assim o trabalhador ser contratado como prestador de serviços via CNPJ, prática que vem sendo conhecida como pejetização (Brasil, 2017). Concorda-se com Nogueira, Bastos e Santos (2023) quando afirmam que “ao se impor essa modalidade de contratação ao empregado, o objetivo constatado é a desconstituição de direitos e flexibilização negativa dos direitos anotados na legislação justralhista, ocasionando impactos econômicos e sociais”.

Mesmo antes da Reforma Trabalhista de 2017, outras estratégias de retirada de direitos da classe trabalhadora foram implementadas, com destaque para o microempreendedorismo individual (MEI), amparado pela Lei Complementar nº 123/2006, segundo a qual desburocratizou-se o exercício de atividades empresariais e o gerenciamento dos negócios. No entanto, esse mecanismo tem se apresentado como “máscara de licitude”, visto que os serviços, inclusive na área da saúde, optam pela contratação de empresas para exercícios de atividades profissionais em detrimento da contratação regida pela CLT ou via concursos públicos. Tal estratégia visa eliminar custos trabalhistas e tributárias tais como férias, décimo terceiro salário, FGTS, 20% do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), multa em caso de rescisão contratual no percentual de 40% sobre o valor do FGTS, insalubridade e periculosidade, entre outros (Nogueira; Bastos; Santos, 2023).

No período inicial do estudo, havia 307 enfermeiras (os) com contratos por tempo determinado, correspondendo a 29,95% do total de vínculos, e em 2021 esses profissionais já somavam 1.124, equivalendo a um percentual de 24,6%. Mesmo com o aumento em números desses profissionais, houve uma leve diminuição proporcional em comparação a 2013.

Conforme dados do quadro acima, houve um aumento na quantidade de enfermeiras por CTD nos últimos dois anos do estudo, o que pode estar relacionado à pandemia da Covid-19. Isso ocorreu porque os serviços de saúde aumentaram seus quadros de profissionais para fazer frente ao crescimento dos atendimentos.

No entanto, não se anula o entendimento de que há uma decisão política, por parte do poder público do Estado, do fomento da precarização dos vínculos de trabalho dessas(es) profissionais antes e após o período pandêmico, argumento que se reforça a seguir, com a interpretação dos dados referentes aos plantões extraordinários.

Apesar de a forma do CTD assegurar aos trabalhadores algumas garantias aos trabalhadores, como férias, adicional de férias, gratificação natalina, licença maternidade e paternidade, décimo terceiro salário proporcional, entre outras, não se pode desconsiderar a ausência de estabilidade laboral, de um plano de cargos e carreiras (PCC) e outros benefícios garantidos por meio do RJU para os servidores públicos.

Assim, a forma de CTD promove a instabilidade do vínculo laboral para a força de trabalho em saúde, ocasionando a rotatividade de profissionais devido aos desligamentos frequentes, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada. Além disso, pode causar sofrimento ao trabalhador devido à condição de instabilidades, de não pertencimento ao serviço e à permanente condição de ameaça do desemprego.

Os plantões extras também vêm sendo superior aos demais vínculos nos hospitais públicos estudados, representando 64,2% em 2015, 57,2% em 2016, 53,48% em 2017, 56,45% em 2018, 48,20% em 2019, 41,9% em 2020 e 38,3% em 2021, respectivamente.

Entre os anos de 2019 e 2021, o percentual de enfermeiras com plantão extra manteve-se abaixo dos 50%, enquanto a forma de CTD cresceu, conforme apontado anteriormente. Esse fato reforça a hipótese da influência da pandemia da Covid-19 nas contratações de enfermeiras nessa condição, visto que profissionais da saúde dificilmente se submetem a prestar serviços em um cenário de elevado risco laboral sem as mínimas garantias de direitos trabalhistas.

Traçando agora um panorama mais geral, verificou-se que no ano de 2015 existiam 70,6% das enfermeiras com vínculos precarizados quando se somam a forma de CTD (6,4%) aos plantões extraordinários (64,2%). Esse percentual permanece em patamares inaceitáveis em 2021, quando representou aproximadamente 63%.

Conforme registrado na literatura específica do campo da Saúde Coletiva, relações precárias entre os trabalhadores da saúde não são um fenômeno recente. Decorre, conforme discutido, do processo de (contra)reformas trabalhistas e previdenciárias amparadas no ideário neoliberal, afetando a classe trabalhadora, incluindo o sistema público de saúde. Vale destacar alguns estudos na esfera da saúde pública que atestam essa situação.

No Espírito Santo, o Hospital Universitário da UFES também foi alvo das medidas adotadas pela Administração Pública, extinguindo cargos e não realizando concursos públicos satisfatoriamente, quando a terceirização passou a suprir a força de trabalho das instituições, muitas vezes sem a observância da legislação trabalhista e a devida proteção social para o trabalhador (Alves *et al.*, 2015).

Rodrigues *et al.* (2020) analisaram algumas decisões da Justiça do Trabalho sobre as demandas no campo da enfermagem. Essas ações tratavam de pedidos de reconhecimento para vínculo com a administração pública, o que revela primeiramente que o “Estado, enquanto empregador, tem falhado com relação ao respeito aos princípios fundamentais e basilares que sustentam os direitos sociais, elencados na carta magna”. Além disso, revela o desespero de trabalhadoras na esperança de reverter os ônus das ilegalidades contratuais provenientes do vínculo precário.

Nesse contexto de ofensiva contra os direitos dos profissionais de enfermagem (enfermeiras(os), técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras), vale destacar a luta, desde o início da década de noventa, pelo estabelecimento do piso salarial nacional. Essa luta culminou com a promulgação da Lei nº 14.434, de 2022, que alterou a Lei nº 7.498, de 1986.

Mesmo com a aprovação da lei do piso em 2022, a categoria não usufruiu, inicialmente, do pagamento desses valores⁵, pois houve a suspensão desta normativa por meio de uma liminar

⁵ Piso das(os) enfermeiras (os): 4.750,00; técnicos de enfermagem: 3.325,00 (70% do valor das enfermeiras (os)); auxiliares de enfermagem e parteiras: 2.375,00 (50% do valor da (o) enfermeira (o)). Fica assegurada a manutenção

do Supremo Tribunal Federal (STF), respondendo a interesses de entidades patronais. A categoria, por meio de suas entidades de representação- conselhos e sindicatos-, empreendeu novos esforços, os quais culminaram na promulgação da Lei 14.581/2023 pela qual foi aberto um crédito no orçamento da Seguridade Social, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 7,3 bilhões para complementar o pagamento do piso salarial dos profissionais da enfermagem nos estados, Distrito Federal e Municípios. Isso ocorreu juntamente com a publicação de uma portaria do Ministério da Saúde (MS) detalhando os valores de repasse da assistência financeira para cada ente federativo, bem como a revogação parcial da ação direta de inconstitucionalidade (ADI- 7.222) concedida anteriormente pelo STF, a fim de que sejam restabelecidos os efeitos da Lei nº 14.434/2022 (Brasília, 2023; Cofen, 2023).

É importante pontuar ainda o desrespeito à categoria, frente à fixação do valor do piso atrelado a uma carga horária exaustiva de 44 horas semanais. Isso intensifica ainda mais o desgaste biopsicossocial, desconsiderando “solenemente a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que recomendaram, há muito tempo, o acondicionamento das 30 horas” (Cofen, 2023). Ademais, os valores aprovados nessa legislação não garantem que o profissional se mantenha financeiramente com apenas um vínculo empregatício, sendo necessário, em sua maioria, recorrer a mais de um “emprego”, mesmo que precarizado.

As transformações no mundo do trabalho, como fenômeno macro e microsocial, vêm sendo marcadas por novas condições e situações sociais de trabalho e por velhas formas e modalidades que se reproduzem e se reconfiguram, num claro processo de metamorfose social (Druck, 2011). Nesse aspecto, é possível apreender que o Hemope segue as transformações incorporadas pela SES/PE no tocante às formas de contratação dos profissionais, uma vez que os trabalhadores com vínculos CTDs e plantões extras se fizeram presentes de forma representativa no período estudado.

Por certo, o predomínio da doutrina neoliberal tem se constituído enquanto um dos principais obstáculos na implementação do SUS, pois, mesmo que a constituição brasileira declare a saúde como direito de todos e dever do estado, “os poderes executivo, legislativo e

das remunerações e dos salários vigentes superiores a ele na data de entrada em vigor desta Lei, independentemente da jornada de trabalho para a qual o profissional ou trabalhador foi admitido ou contratado (Brasil, 2022).

judiciário não têm assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica do SUS” (Paim, 2018, p.1725).

A precarização social do trabalho deve ser compreendida como uma das consequências dos pressupostos dessa doutrina e do conseqüente desmonte do SUS (Paim, 2018). Essa realidade ocasiona consequências tanto para os usuários desse sistema, que passam pela não garantia dos seus princípios basilares, quanto para o conjunto dos trabalhadores da saúde. Ao contrário do que foi e vem sendo defendido mediante a implementação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salário no âmbito do SUS, a maior parte dos profissionais está vivenciando condições precarizadas de vínculos laborais, destacando-se arranjos contratuais informais, terceirizados e com baixa remuneração.

5.2 Flexibilização e precarização social do trabalho entre trabalhadoras da enfermagem no Serviço de Hematologia de Pernambuco

Essa seção objetivou analisar a relação entre o poder público de Pernambuco e os profissionais de enfermagem de nível superior inseridos no Hemope em uma conjuntura de intensa ofensiva contra a classe trabalhadora, a qual vem sendo materializada por sucessivas promulgações de legislações que permitem “contratação” informal de trabalhadores no setor público de saúde.

Nessa análise, a flexibilização é compreendida como um fenômeno indissociável da precarização do trabalho, ambos em pleno crescimento e desenvolvimento em vários países (Druck, 2002). A partir dessa compreensão, serão apresentados a seguir os resultados sobre três dimensões da precarização do trabalho propostas por Druck (2013) e suas consequências para a força de trabalho em saúde.

Em relação ao perfil das (os) participantes das entrevistas, tanto as representantes da gestão quanto as enfermeiras são do sexo feminino, possuindo idade entre 31 e 60 anos. Dez delas possuem formação de nível superior em enfermagem, e uma em direito. Todas têm títulos de especialização, sendo que duas enfermeiras possuem títulos de mestrado e uma, de doutorado. Em relação ao tempo médio do término da graduação, corresponde a aproximadamente dezessete anos; e atuação média é de 9,7 anos no serviço estudado.

Convém esclarecer que a análise dos resultados, a partir dessa proposta de divisão das dimensões, foi pensada numa tentativa de ressaltar as principais questões que conformam cada

uma delas. Entretanto, tal proposta assume e compreende que aspectos de uma determinada dimensão perpassam e dialogam com outras, ou seja, não se trata de uma análise estanque.

5.2.1 Dimensão da insegurança e saúde no trabalho

Essa dimensão diz respeito às questões sobre as ações de promoção e prevenção desenvolvidas no processo saúde-doença, que podem incentivar a mudança no estilo de vida do trabalhador (alimentação saudável, controle de peso, prática de atividades físicas, assistência psicológica, imunização); e outros aspectos da política de saúde do trabalhador implementada (ou não) pelo poder público, bem como ações relacionadas à segurança e insegurança vivenciadas nos ambientes de trabalho (Druck, 2011).

“Estou no Hemope há 1 ano e 2 meses, e eu nunca vi de fato assistência psicológica, até então eu não presenciei programa nacional de imunização, eu nunca fiz exames periódicos, nunca fiz exame admissional, não sei se pelo fato de ser do quadro extraordinário, e mesmo assim acho muito válido que tivesse esse protocolo de admissão, mesmo sendo quadro extra[...], sem falar também com a precariedade com infraestrutura do hospital” (EPEX-3).

[...] A gente que é do CTD não teve exames admissionais e periódicos” (ECTD-1).

[...]Nós temos os exames periódicos, é convocado o servidor para fazer exame, vacinação, só não vejo a saúde mental funcionar” (EEST-1).

As falas das enfermeiras acima revelam que as poucas ações de promoção e prevenção da saúde desenvolvidas pelo Hemope não contemplam todas as profissionais, visto que só usufruem dessas ações as que possuem vínculo estatutário. Aquelas que são contratadas via contrato por tempo determinado e por plantões extras retratam a desassistência do ponto de vista da saúde do trabalhador, tais como exames admissionais, periódicos e imunização. Ademais, as entrevistadas apontam que as questões relacionadas à saúde mental não vêm sendo desenvolvida pelo referido serviço.

É possível apreender, ainda, que as poucas ações contempladas para as enfermeiras estatutárias no Hemope seguem uma abordagem da saúde ocupacional, focada especialmente no ambiente de trabalho, através de ações pontuais e mecanicista, ao invés de uma abordagem multidisciplinar, que contemple ações de promoção e proteção da saúde do trabalhador.

As questões contrastantes que envolvem a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador persistem dificultando inclusive a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) no SUS (Brasil, 2012). Conforme apontado no estudo de Hurtado *et al.* (2022), apesar da saúde do trabalhador possuir abordagem nos moldes do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), existem algumas contradições no desenvolvimento

histórico dessa Política que influenciam na assistência, na capacidade de articulação e nos resultados da vigilância, bem como no controle social e na incorporação dos trabalhadores como sujeitos.

Igualmente, convém chamar a atenção que a PNST só foi promulgada vinte quatro anos após a implementação do SUS. As ações orientadoras dessa política versam sobre a responsabilidade das três esferas administrativas desenvolverem ações de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

A ausência de ações no âmbito da saúde do trabalhador para as enfermeiras com vínculos precários, como apontado acima, representa uma afronta ao descrito na PNST. Isso porque, no artigo 7º, essa política direciona a prioridade às pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, com foco a superar as desigualdades sociais e buscar a equidade na atenção (Brasil, 2012).

Entretanto, essa orientação não tem sido implementada pela SES/PE, considerando a ausência de qualquer formulação orientadora para as questões da saúde do trabalhador nessas últimas duas décadas. O Hemope dispõe em seu *site* uma página denominada “Gestão de Pessoas”, que traz, entre as suas atribuições, o planejamento e coordenação de serviços assistenciais e sociais, voltados para a assistência médica e psicológica do trabalhador.

Inclusive, um representante da gestão deixa claro que as poucas ações desenvolvidas no âmbito da Saúde do Trabalhador são direcionadas apenas para os servidores, fato esse que corrobora com as falas das entrevistadas expostas acima.

“Nós temos isso muito incipiente, muito de começo, já houve uma época, a médica se aposentou, e pra ter outra... inclusive, foi feito agora o concurso⁶, que nesse concurso foi contemplado duas, que vão entrar, mas hoje muito incipiente, muito tímido o trabalho voltado para o trabalhador, e não abrange a todos, infelizmente” (G1).

⁶ Concurso Público, regido pela Portaria Conjunta SAD/HEMOPE nº 138, de 27 de setembro de 2022, para o preenchimento de 92 (noventa e duas) vagas para o Quadro Permanente de Pessoal da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE (Recife, Arcoverde, Caruaru, Garanhuns, Serra Talhada, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri). No Hemocentro Recife, das 51 (cinquenta e uma) vagas ofertadas em edital, apenas 01(uma) era para enfermeira(o).

Possíveis consequências da não implementação de políticas concernentes à Saúde do Trabalhador no Brasil podem ser observadas, por exemplo, com o aumento nos números de acidentes de trabalho nas últimas décadas. O país registrou, em 2022, 612,9 mil notificações de acidentes de trabalho e chegou a 2,5 mil o número de óbitos provocados por esses acidentes. A atividade de atendimento hospitalar apresenta o maior número de notificações, que chega a mais de 59 mil casos naquele ano (Brasil, 2023).

Em Pernambuco, entre os anos de 2008 a 2017, foram notificados 27.420 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Desses, os acidentes de trabalho com exposição a material biológico registraram um acumulado de 14.736 casos, sendo a I Macrorregional de Saúde⁷ responsável por 80% dessas notificações (Pernambuco, 2021).

Gomez, Vasconcelos e Machado (2018) analisaram aspectos da implementação da Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública. Apesar do seu reconhecimento constitucional, as autoras reconhecem que é preciso superar desafios marcados por ações nos cotidianos institucionais de disputas e preconceitos técnicos que vêm ocasionando confrontos no campo do fazer. Destacam ainda a insensibilidade de agentes públicos com as premissas do SUS, com vistas à promoção, proteção e prevenção de danos à saúde do trabalhador, mesmo com a determinação constitucional do exercício do SUS na vigilância em saúde do trabalhador.

Faz-se necessário correlacionar, mais uma vez, um dos principais desafios do SUS (subfinanciamento) com os resultados da presente investigação. O subfinanciamento ou o atual desfinanciamento desse sistema vem ocasionando repercussões no acesso, na assistência ofertada, na infraestrutura dos serviços e na gestão. O aspecto do não investimento na infraestrutura, que ocasiona precarização das condições de trabalho e repercussões na assistência prestada, apareceu em umas das entrevistas.

“O Hemope há 30 anos atrás, quando cheguei, parecia um hospital europeu, era tudo moderno, limpo e organizado, todo material funcionava, não faltava nada[...] foram diminuindo as verbas e isso foi um impacto muito grande porque o Hemope está sucateado hoje [...]” (EEST-1).

⁷ O território de Pernambuco está dividido em 12 Regionais de Saúde. A I GERES engloba dezenove municípios localizados na Região Metropolitana do Recife e Zona da Mata, além do Distrito Estadual de Fernando de Noronha. São eles: Abreu e Lima; Araçoiaba; Fernando de Noronha; Igarassu; Itamaracá; Itapissuma; Olinda; Paulista e Recife (Microrregião de Saúde I); Camaragibe; Chã Grande; Chã de Alegria; Glória do Goitá; Pombos; São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão (Microrregião de Saúde II); Cabo de Santo Agostinho; Ipojuca; Moreno e Jaboatão dos Guararapes (Microrregião de Saúde III) (Pernambuco, 2021).

De fato, é perceptível a existência de um “boicote passivo” versus “boicote ativo” no SUS, pois o subfinanciamento público limita os gastos com a manutenção da infraestrutura pública, da rede de serviços, bem como a remuneração de seus trabalhadores (Paim, 2018). O permanente processo de escassez econômica corrói por dentro a premissa da oferta de uma assistência de qualidade, considerando a insuficiência de investimento para assegurar a infraestrutura dos serviços de saúde e a contratação de profissionais.

“Falta de espaço, falta de material, falta de profissionais[...] uma enfermeira (o) que trabalha em uma emergência hematológica, que comporta 8 leitos e chega momentos que eu tenho 18 ou 20 pacientes para serem atendidos[...] eu não tenho como prestar uma assistência de qualidade, nem humanizada, porque além de sobrecarregar a (o) enfermeira(o), sobrecarrega também minha equipe” (EPEX-3).

“(Existência de sobrecarga de trabalho) Em alguns momentos sim [...] repercutiu na época que era só eu de enfermeira, repercutiu muito na saúde mental, física, total, total, sobrecarga grande, principalmente mental” (ECTD-1).

É possível identificar no trabalho dessas profissionais o fenômeno da polivalência laboral entendida como uma intensificação gigantesca do trabalho, no qual o trabalhador é responsabilizado por mais de uma atribuição, serviço ou equipamento (Rosso, 2011). Essa realidade, segundo Rosso (2011, p.147) ocorre numa lógica de “reduzir a quantidade de mão de obra necessária para as atividades, pois um mesmo trabalhador é capaz de cuidar de diversos equipamentos simultaneamente”.

Em oposição à perspectiva crítica orientadora dessa investigação, a polivalência foi identificada por uma das trabalhadoras enquanto um “aspecto cultural” (quase natural), dissociada, portanto, da dinâmica imposta pela flexibilização da organização do trabalho.

“A profissão de enfermagem em todas as instituições, ela tende a acumular algumas atividades que não são necessariamente de enfermagem; é histórico, é cultural, e a enfermagem acaba tendo, precisando e se disponibilizando, às vezes, para situações que não são necessariamente atribuições da enfermagem” (ECTD-2).

Logo, a trabalhadora assimila que a situação de intensificação do trabalho/polivalência é gerada pelas preferências individuais, diluindo os processos sociais mais amplos que explicam o fenômeno. Recuperando o estudo de Boltanski e Chiapello (2009) sobre essa questão, os autores argumentam que a flexibilidade interna se baseia na transformação profunda da organização do trabalho e das várias técnicas utilizadas, entre essas, a da polivalência.

Um estudo recente realizado em vinte e dois hospitais públicos do Estado da Bahia (quinze de administrações diretas e sete indiretas) também destacou a intensificação do trabalho entre as enfermeiras. Entre os fatores que intensificam o trabalho em enfermagem está o

subdimensionamento de pessoal que “tornou-se *modus operandi* naturalizado de todas as instituições”. O número de pacientes, o grau de complexidade e, conseqüentemente, os procedimentos de cuidado requeridos são executados por uma quantidade de profissionais cada vez mais inferior ao necessário, onde esse fenômeno está associado às variáveis que revelam a polivalência e colocam em risco não só a saúde da trabalhadora, mas também o próprio usuário (Santos *et al.*, 2020).

Retoma-se o entendimento sobre a insegurança e a saúde no trabalho por Druck (2011, p.49) enquanto “resultado dos padrões de gestão que buscam maior produtividade, à custa de vidas humanas”. Essa realidade desconsidera a necessária priorização de medidas de proteção coletiva e individual no trabalho. Frente à onda da “psicopatía da precarização”, o trabalhador transforma-se em um indivíduo volátil, sem laços, “sem vínculos”, além de ficar permanentemente exposto a um processo de intensificação do trabalho, o qual está intimamente associado à exigência da polivalência (Druck, 2011).

Frente aos resultados apresentados, compreende-se, que a saúde do trabalhador transcende o ambiente físico do trabalho, e uma devida análise dessa questão não pode estar dissociada da garantia dos direitos sociais do trabalho.

5.2.2 Dimensão da perda da identidade individual e coletiva

Essa dimensão está baseada na compreensão das questões associadas à ameaça do desemprego ou ao desemprego propriamente dito, frutos da atual desvalorização e descartabilidade do trabalhador. Como consequência, os trabalhadores contemporâneos vivenciam a cultura do isolamento e a falta de inserção e enraizamento de vínculos, comprometendo substancialmente a solidariedade de classe (Druck, 2011).

“As enfermeiras do quadro extra se sentem acuadas, retraídas, porque a qualquer momento podem sair” (EPEX-3).

“Hoje em dia tá muito restrito, muito difícil de conseguir emprego. Eu vejo isso pelas minhas colegas que estão formadas ou que terminaram a residência recentemente. Existe uma certa dificuldade de conseguir emprego” (ECTD-1).

Há dez anos, o desemprego na área de enfermagem já havia sido evidenciado na pesquisa intitulada “Perfil da enfermagem no Brasil”, de Machado *et al.* (2013). Das 1.804.535 profissionais entrevistadas, 121.697 (10,1%) referiram dificuldade de encontrar emprego ou experimentaram a condição de desemprego nos últimos 12 meses de 2013, seja o “desemprego aberto”, quando o profissional procurou trabalho nos últimos 30 dias e continua não exercendo

nenhum tipo de atividade, seja o “desemprego oculto” caracterizado pelo trabalho precário, onde o profissional exerce algum trabalho, de auto- ocupação, de forma descontínua e irregular e, por fim, “desemprego oculto pelo desalento”, no qual não possui trabalho e nem procurou nos últimos 30 dias, por desestímulo do próprio mercado de trabalho (Machado *et al.*, 2017).

Vale retomar as análises de Behring (2008) que rejeita um dos argumentos principais da Reforma do Estado (1994), de que a flexibilização seria um elemento no sentido de combater o desemprego, a partir da redução do custo trabalho (leia-se diminuição dos custos para empresa). Naquele momento, as evidências empíricas já apontavam para o fato de que os países que mais flexibilizaram as relações de trabalho tinham liderança das taxas de desemprego.

Os dados recentes do Brasil apontam nessa direção; a flexibilidade vem contribuindo para o aumento do desemprego, da informalidade e para a precarização do trabalho. O levantamento realizado em 2021 pela Austin Rating revelou que o desemprego no Brasil foi mais que o dobro da taxa média global e também o pior entre os integrantes do G20 (grupo que reúne os 19 países mais ricos do mundo e a União Europeia) (Alvarenga, 2021).

Em 2023, apesar da queda na taxa de desemprego no Brasil, que correspondeu a 7.7% no terceiro trimestre de 2023, ainda existem 8,3 milhões de desempregados/desocupados, segundo a última pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Faz-se necessário expor e refletir que outras dinâmicas do mercado, como o intensivo processo de privatização do ensino superior em saúde no Brasil e, em particular, para o caso da enfermagem⁸, fomentam e retroalimentam a geração de uma população excedente de trabalhadores. Frente a essa situação, resta como alternativa de sobrevivência a submissão desses trabalhadores a contratos precarizados. Afinal, a ameaça do desemprego é uma realidade incontestável, associada à agudização da concorrência entre os trabalhadores.

Staler (2020), ao fazer uma releitura de Marx, reafirma que o fenômeno do desemprego está intimamente ligado à natureza e à dinâmica do emprego sob o capitalismo, desempenhando um papel adicional de regulador de salários e do esforço do trabalhador. Conforme debatido nessa investigação, desde o início das crises dos anos 1970 e 1980, os estados capitalistas

⁸ Total de enfermeira(o)s com registro ativo no Coren-PE, conforme a data de referência em 01/10/2023, corresponde a 34.760 (Cofen, 2023). Esse número é aquém da necessidade estimada de 978,666 enfermeiras(os) para suprir a necessidade dos 9.786,666 habitantes de Pernambuco, um cálculo orientado pela OMS que recomenda uma cobertura de aproximadamente 40 enfermeiros para cada 10 mil pessoas (WHO, 2020). Em Pernambuco, existem atualmente, 51 (cinquenta) cursos de graduação em enfermagem (bacharelado), sendo 06 (11,8%) cursos públicos (02 estaduais e 04 federais) e 45 (88,2%) privados (Ministério da educação, 2022).

“levaram a tentativas mais ou menos conscientes de repor o exército de reserva como políticas macroeconômicas restritivas” (Staler, 2020, p. 143). Isto resultou em aumento da compulsão dos não empregados por trabalhos inseguros e de baixa remuneração.

Uma síntese sobre o desemprego elaborada por Fontes (2017, p.48) se faz imperativa: “o desemprego é a ameaça maior para a população privada das condições de existência. Ele continua sendo a expressão mais clara do despotismo do capital, maneira de disciplinar enormes massas de seres sociais”.

Para além do desemprego, o aprofundamento da ofensiva neoliberal ao mundo do trabalho vem ocasionando quebras na solidariedade de classe em um contexto de coexistência de variados tipos de vínculos/contratos (tempo determinado, terceirizado, estatutário) entre as(os) enfermeiras(os) inseridas(os) no Hemope.

“Poderia ser muito melhor, mas infelizmente tem um pouco de rivalidade na profissão, muita competição” (ECTD-1).

“Interferindo nessa solidariedade de classe com certeza a concorrência existe[...] principalmente nos serviços particulares e nos serviços públicos com plantões extras [...] as pessoas tentam se sobressair para não perder o seu vínculo extra, se a colega também tem extra, tenta sobressair para poder não perder o seu emprego [...] é puxando tapete ou entregando, no serviço particular é mais cruel ainda” (EEST-2).

“Sim, eu consigo identificar essa concorrência, da que está há mais tempo para o que está chegando agora, por exemplo. Então, as pessoas mais antigas, elas acabam ficando mais vulneráveis e com medo, porque a nova está chegando... e querem saber qual a qualificação... acaba que gerando esse tipo de atrito [...]” (EPEX-2).

Uma primeira aproximação que se faz importante para analisar essa questão, qual seja, a fratura na solidariedade de classe, se refere à necessidade de recuperar a base de sustentação do (neo)liberalismo, que é o individualismo, cuja premissa básica está envolta no seguinte entendimento: “cada indivíduo, ao perseguir seu próprio bem, está também perseguindo o bem do conjunto” (Paulani, 1999, p.117).

Nesse contexto neoliberal de ofensiva contra a classe trabalhadora, a competição entre os trabalhadores, em detrimento da solidariedade, passa a ser um fenômeno constitutivo das relações humanas dentro do universo laboral. Afinal, o desemprego crônico e o subemprego reduzem drasticamente os postos de trabalho e, em consequência, os trabalhadores,

Se veem obrigados a estarem cada vez mais preparados para esse mercado, ou seja, inovando, aperfeiçoando-se e aprimorando sua criatividade, de maneira que se sobreponham uns aos outros, liderando o mercado formal de trabalho. Contudo, o que se verifica, além do próprio excesso de trabalho e do desgaste físico e mental desses indivíduos, é o fato de que essa competitividade se sobrepõe às diversas relações

humanas dentro das próprias empresas, culminando numa rivalidade na seara trabalhista que certamente redundará em prejuízos para o próprio trabalhador, já que indiretamente está abrindo mão de direitos que deveria conquistar (Silva e Zanin, 2023, p. 1).

Nessa mesma direção, uma segunda aproximação, que vem sendo debatida ao longo dessa investigação, refere-se ao fato de que a flexibilização do trabalho associada ao fenômeno do desemprego estrutural vem fomentando a intensificação e o acirramento da competição entre os trabalhadores. Santos (2011) analisa que a flexibilização do trabalho implica em um aumento da intensificação da exploração da força de trabalho, a qual eleva o grau de produtividade e tende a capturar o elemento afetivo-intelectual do trabalhador, levando-o a um maior engajamento no processo produtivo. Santos (2011, p.153) menciona também que “tal estratégia confere uma maior competitividade entre os trabalhadores e tende a se traduzir em maior produtividade em prol do capitalista”.

Essa lógica da competitividade entre os trabalhadores, muitas vezes inconsciente, para lutar pelo sustento, tem base ideológica pelo enfraquecimento de entidades sindicais, frente a uma ofensiva do capital sobre o trabalho, promovendo a individualização e o isolamento e na busca cotidiana no desmonte de manifestações de classes que historicamente atuam antagonicamente aos interesses de ordem capitalista (Antunes; Praun, 2015).

O enfraquecimento sindical também aparece em outros estudos, como o de Hurtado *et al.* (2022), que corrobora com o entendimento de que a sequência de contrarreformas e políticas neoliberais, a flexibilização e, conseqüentemente, a precarização das condições de trabalho, o desemprego e o aumento da informalidade contribuíram fortemente para a fragilização dos sindicatos. Aqueles que resistem se encontram majoritariamente engajados na luta pelas pautas salariais, manutenção de empregos e benefícios previdenciários.

Apesar de identificarem situações de competitividade relacionadas à manutenção dos seus vínculos empregatícios (mesmo que flexíveis), as enfermeiras argumentam que ainda existe o sentimento de solidariedade e a necessidade de união, especialmente no local de trabalho.

“Entre enfermeiras (os), eu avalio como bom, a gente como enfermeiras (os) acaba se ajudando e gera um laço, uma aliança, profissionalmente falando e a gente consegue que o serviço flua da forma que é para fluir, a assistência ela passa sim a acontecer com essa união de classe né, entre as (os) enfermeiras (os)” (EPEX-2).

“Eu acho que entre as (os) enfermeiras (os) existe solidariedade sim [...] eu sempre tive um bom relacionamento no Hemope [...] sempre tive pessoas boas trabalhando

comigo nos diversos setores [...] vejo muita solidariedade entre os profissionais de enfermagem” (EEST-3).

Porém, a solidariedade de classe nessas falas referidas aparece reduzida a meras atividades individuais e colaborativas ao ambiente laboral, o que difere da solidariedade de classe que deve estar atrelada e permanentemente sendo (re)construída mediante a organização política e sindical da classe trabalhadora na luta contra os retrocessos dos direitos sociais.

O aprofundamento legal de institucionalização da insegurança social, pelo aumento da concorrência predatória no interior da classe trabalhadora, acarreta “consciente ou inconscientemente, voluntária ou involuntariamente, um processo intelectual e prático de apagamento das classes sociais” (Fontes, 2017, p. 20).

Embora, a luta de classe venha sendo secundarizada nas pautas políticas e sindicais, de um modo geral, vale destacar a organização das entidades não somente sindicais, mas também de conselhos estaduais e federais na conquista do piso salarial nacional da enfermagem. Apesar das dificuldades abordadas anteriormente, essa conquista só pôde ser alcançada através da luta da categoria e de suas entidades representativas.

“Acho que foi um avanço muito grande [...] para nossa categoria. Os profissionais de enfermagem que lideraram esse movimento, do Cofen e dos conselhos regionais, souberam aproveitar, foram muito estratégicos e muito competentes, eu fiquei impressionada [...]. O trabalho do Conselho Federal de Enfermagem foi importante, eu diria até determinante para isso, eu nunca tinha visto um conselho de enfermagem, durante todos esses anos que eu tenho na minha área, tão atuante, aproveitaram o momento [...] foram lá, lutaram junto com o apoio de alguns parlamentares, de diversos partidos [...] foi um grande avanço” (EEST-3).

“Uma grande conquista, eu acho que a gente precisava disso, demorou muito [...] eu gostei, foi um grande avanço da enfermagem” (EPEX-2).

“Eu acho um sonho e acho que a gente merece, é lei, vai ser cumprida” (ECTD-3).

Com isso, é importante que os trabalhadores compreendam que a organização coletiva não se dá exclusivamente dentro dos ambientes de trabalho e de forma individual. A luta contra o “vilipêndio da superexploração”, proveniente da lógica neoliberal, precisa ser combatida nos “germes de um sindicalismo de classe e de luta que se organiza na base” (Antunes, 2018 p.25).

A luta de classe é essencial para compreender e combater situações como a destacada na fala da gestão do Hemope que, apesar de discordar, identifica que a precarização dos vínculos empregatícios no serviço fortalece uma cultura de tratamentos desiguais entre trabalhadores, chegando ao ponto de privilegiar os estatutários em detrimento dos trabalhadores com vínculos fragilizados.

“Isso aqui tem que ser primeiro do pessoal que é Hemopiano [leia-se estatutários do Hemope] e eu perguntava, mas por quê? E quem é SES [leia-se estatutários cedidos], não vai ter direito? Não, primeiro vai escolher o pessoal Hemopiano. Do mesmo jeito era o extra [plantão extraordinário], eles trabalhavam sábado, domingo e os feriados [...] e folgas para quem era da casa [estatutários do Hemope]. Eu não concordo com isso” (G1).

Essa “cultura”, portanto, deve ser combatida na compreensão das relações sociais concretas e a partir dos processos de dominação da extração de mais valor, com o objetivo de evitar os equívocos de manutenção de modalidades díspares de subordinação no trabalho, que fragmenta a massa trabalhadora em arranjos dos “com direitos”, dos “com algum direito”, dos “com poucos direitos”, dos “quase sem direitos” e dos “sem direitos” que, precisando defender seu lugar específico na hierarquia de direitos, dessolidariza o conjunto de “maneira profunda” (Fontes 2017).

Nessa perspectiva, e conforme apontado no início dessa discussão, elementos de uma dimensão são transversais a outras dimensões. Isso ocorre porque, ao se institucionalizar a flexibilização do trabalho, a SES/PE promove uma variedade de modalidades de subcontratações dentro de um mesmo serviço, resultando em tratamento desigual entre os trabalhadores por parte da gestão direta. Resta aos trabalhadores com vínculos precarizados apenas a submissão das decisões, sem o direito de questionamentos. Entende-se, assim, que a dimensão da condenação e do descarte do direito do trabalhador também se faz presente nessa análise. Dimensão essa que será analisada a seguir.

5.2.3 Dimensão da condenação e o descarte do direito do trabalho

Essa última dimensão, porém, não menos importante, versa sobre a “crise do direito do trabalho” em virtude do intenso processo de ataques às regulamentações do estado que questiona a tradição social do direito trabalhista, em meio aos novos “princípios liberais de defesa da flexibilização, como processo inexorável trazido pela modernidade dos tempos de globalização” (Druck, 2011, p.52).

Há uma clara decisão política de promover a flexibilização da legislação social do trabalho através de “(contra)reformas” do Estado (Behring, 2008). Estas vêm sendo materializadas nas “contrarreformas” trabalhistas de 2017 e 2019, bem como nas previdenciárias de 1993, 1998, 2003, 2005, 2012, 2015 e 2019. Os entes subnacionais também vêm promulgando legislações específicas amparadas no marco da flexibilização do trabalho,

como o caso da SES/PE, como é o caso já referido das Leis 14.885, de 2012 e 16.089, de 2017 (Pernambuco, 2012, 2017).

Há quase uma década, os profissionais de enfermagem de nível superior prestam assistência à população em situação de trabalho precário, pois uma parte significativa desses trabalhadores não possui vínculos laborais socialmente protegidos e, conseqüentemente, não está amparada por direitos trabalhistas e previdenciários. Essa situação foi agravada mediante a participação em credenciamento específico e assinatura de termo de adesão para realização de plantões extraordinários nos serviços públicos de saúde no estado, conforme já anunciado.

Ou seja, esse credenciamento permitido em legislação estadual, admite profissionais para a prestação de serviço nos estabelecimentos de saúde, sem cumprir processos formais de licitação de bancas para concursos e seleção pública, divulgação de editais com quadro de vagas, remunerações, atribuições e garantias de direitos trabalhistas, como exposto nas falas das representantes da gestão do Hemope e da SES/PE.

“[...] do extra, a gente faz uma avaliação curricular, certo? Sempre a gente faz uma avaliação curricular e indicação de alguém que a gente conhece e a necessidade para aquele determinado lugar [...]” (G1).

“O plantão extra não é vínculo [...] é como se fosse uma prestação de serviço” (G2).

O plantão extraordinário é uma realidade, enquanto arranjo contratual nos Estado de Pernambuco há quase uma década. Porém em 2017, foi publicada uma forma de mascarar essa realidade, a Lei nº 16.089, que prioriza os servidores estatutários e os trabalhadores com vínculo temporário (CTD) no credenciamento (leia-se chamamento) para a prestação de serviço (plantão extraordinário) (Pernambuco, 2017).

No entanto, tanto a legislação de 2017 quanto o decreto que a regulamenta deixam claro que “na impossibilidade de designação de servidores com vínculo estatutário, contratados por tempo determinado, ou cedidos de outros órgãos para cobertura emergencial de lacunas nas escalas de trabalho, o plantão extraordinário poderá ser exercido, excepcionalmente, por profissional de saúde sem vínculo público, habilitado para o serviço e previamente credenciado, mediante processo de inexigibilidade de licitação realizado pela Secretaria Estadual de Saúde” (Pernambuco, 2017, 2022, p.3).

Apesar da existência das legislações referidas acima, a representante da gestão da SES/PE afirma desconhecimento da promulgação das mesmas.

“Não, não tenho conhecimento [Arcabouço legislativo que ocasiona perda nos direitos dos trabalhadores especialmente nos trabalhadores de saúde]. Pelo menos a estadual que ocasione perdas, eu desconheço” (G2).

Diferentemente do relato da gestora acima, compreende-se que as sucessivas legislações/decretos que flexibilizaram a contratação dos profissionais de saúde pelas SES/PE representa a materialização da precarização social do trabalho. Isso ocorre porque a orientação descrita para a contratação desses plantões extras, preferencialmente por servidores públicos, não extinguiu a institucionalização, pelo poder público de Pernambuco, do trabalho precário para um conjunto expressivo de profissionais da saúde e, no caso em análise, das enfermeiras. Até porque, como demonstrado acima, os variados tipos de vínculos precários permanecem como possibilidade de contratação.

Essa situação se faz presente em outros estados do país. Um estudo realizado em um hospital público federal de ensino no estado de Mato Grosso revelou mudanças, entre 1984 e 2010, na forma de acesso ao serviço público. A partir dos anos 2000, houve incremento da precarização do trabalho em detrimento das outras formas de contratação e de recrutamento e seleção de pessoal via concurso público (Ribeiro; Souza; Silva, 2014).

O caso particular da institucionalização de mais uma nova forma de vinculação precária via plantões extras, em Pernambuco, revela que, há aproximadamente dez anos, já existia um déficit importante de trabalhadores da saúde para a garantia da execução da assistência ofertada pelo SUS. Tal condição deveria, assim, orientar e fomentar a abertura gradual de vagas via concurso público pela SES/PE.

Isso porque o trabalho socialmente protegido no âmbito da saúde requer esforços de gestores e trabalhadores na direção da consolidação de uma política de carreira no SUS. Entretanto, a institucionalização do SUS ocorreu em um contexto de reformas, iniciadas na década de 1990, com uma clara tendência de privatização dos serviços públicos, com a consequente não priorização dos sistemas de carreiras na administração pública. No setor de saúde, esse processo foi intensificado a partir do momento em que as ações e serviços de saúde foram considerados como atividades não exclusivas do Estado (Brasília, 2006).

Em 2003, uma comissão especial elaborou algumas Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, com o objetivo de combater o trabalho precário gerador de vulnerabilidades sociais, através de princípios que versavam sobre a “universalidade, equivalência, concurso público, mobilidade, flexibilidade, gestão partilhada, carreira como

instrumento de gestão, educação permanente, avaliação de desempenho e compromisso solidário” (Brasil, 2006).

Entretanto, a realidade concreta revela que, após dezessete anos da promulgação dessas diretrizes, a situação de precariedade dos vínculos e condições de trabalho entre os profissionais do SUS vem se agravando. Vale destacar que frente a esse cenário, demandas concernentes à condição de trabalho, contratação de mais trabalhadores, e cumprimento ou instituição de plano de cargos e salário no funcionalismo público apareciam como principais reivindicações nas greves de 2013 (Antunes, 2018). Há dez anos, portanto, atender reivindicações como essas não tem sido a decisão do poder público do estado de Pernambuco. O que se observa, até então, é o reforço de umas das estratégias da agenda neoliberal de flexibilizar as relações de trabalho, cujo objetivo último é a supressão total de direitos trabalhistas e previdenciários sob a justificativa da continuidade da prestação da assistência.

“[...] Eu avalio como modalidade precária [...] é a forma encontrada para que o serviço não seja desassistido [...] se a gente não tivesse essas modalidades (CTD e plantão extra), o serviço estaria completamente desassistido, porque o serviço público esbarra em muitas dificuldades na hora da contratação [...] se não tivesse a Lei de Responsabilidade Fiscal, eu acho que seria muito mais fácil”(G2).

“Eu acho que o ideal seria ter o concurso público [...], porque todos seriam iguais, todos estariam no mesmo patamar [...] e assim, para a gente que faz escala, que trabalha (na gestão) é extremamente desgastante[...] a gente fica preocupado se vai renovar (CTD) [...] e quando a gente renova, a gente já fica preocupado daqui a seis meses, isso é uma inconstância e gera o adoecimento da gente também que tá lá, pensando, tentando manter o serviço funcionar” (G1).

Mesmo enxergando que esses arranjos contratuais representam uma forma de precarizar o trabalhador no âmbito da saúde, a administração pública defende sua manutenção como estratégia diante dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de pessoal. A LRF tem como principal objetivo estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal com princípios voltados para o planejamento, transparência, controle e responsabilização (Brasil, 2000).

Inclusive, alguns estudos no âmbito da Saúde Coletiva apontam na direção do entendimento destacado acima pela gestão da SES/PE de que a LRF impede o poder público de expandir a contratualização de trabalhadores de saúde, especialmente por concurso público, defendendo, desse modo, a transferência da gestão pública direta para a iniciativa privada, a exemplo das OSS. Isso porque, a contratação de pessoal pelas OSS não incide sobre o limite definido na LRF, apresentando, desse modo, as OSS enquanto uma estratégia mais segura para

os gestores estaduais e municipais frente aos questionamentos legais (Pahim, 2009; Silva; Lima; Teixeira, 2015; Tourinho, 2020).

Tal compreensão desconsidera não apenas o histórico subfinanciamento do SUS, mas também outras perspectivas de análise da saúde coletiva que se opõem à insuficiente explicação que se baseia na LRF, mediante,

“Ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no interior do Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); das elevadas transferências de recursos ao setor privado via recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (OSs, Oscips, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e Fundações Estatais Públicas de Direito Público/Privado com contratos celetistas). Todas incentivadas pela implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 19 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros” (Mendes; Carnut, 2020).

À medida que existem aposentadorias sem as devidas reposições de servidores, a expansão de serviços do SUS e o constrangimento à contratação de pessoal determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, fortalece a adoção de mecanismos terceirizados de gestão das unidades de saúde, bem como surgimento de mecanismos alternativos de contratação de pessoal pelos governos municipais e estaduais (Santos; Servo, 2016).

Em decorrência da institucionalização crescente de diversas estratégias legais de flexibilizar os vínculos laborais, o fenômeno da precarização da força de trabalho em saúde passa a fazer parte do cotidiano dos serviços e passa a ser de algum modo naturalizado.

“Servidor talvez saia mais caro e não é interesse de ninguém, o interesse na verdade é terceirizar, na verdade, é precarizar mesmo, terceirizar todas as mãos de obra, de forma geral, criar cooperativas, colocar as pessoas lá e no dia que pessoal vai embora, sem direito nenhum, isso é como tem andado a nossa sociedade e nosso trabalho, tanto que você vê que tem muitos médicos que trabalham só com o CNPJ e vai lá recebe seu dinheiro e pronto, isso é uma realidade na profissão médica, e que muito em breve vai ser de todos os demais da área da saúde” (G1).

Reafirma-se o entendimento de que os contratos por tempo determinado, diferentemente do que se expõe na legislação sobre o caráter excepcional de solucionar as demandas de interesse público, representam uma “brecha normativa introduzida nos dispositivos da administração pública para assegurar um caráter de legalidade a contratos de trabalho flexíveis” (Oliveira; Morais, 2016, p.128).

Uma questão indagada às entrevistadas referiu-se à compreensão dessas trabalhadoras sobre as principais reformas instituídas em âmbito nacional e ou estadual que ocasionaram perdas nos direitos trabalhista e previdenciário. Apenas as enfermeiras com vínculos

estatutários se aproximaram da questão inquirida. No entanto, as demais falas versaram sobre a compreensão dessas trabalhadoras sobre a retirada de direitos mediante a institucionalização da flexibilização do trabalho pela SES/PE.

“A perda do direito de aposentadoria, [...] agora tem que trabalhar muito mais [...] para poder se aposentar” (EEST-1).

“Essa reforma trabalhista aprovada não foi boa [...] o que se observou foi uma precarização nas relações de trabalho, e favoreceu as grandes corporações” (EEST-3).

“Eu acho que é justamente esse quadro de extraordinário [...] que tira muito do direito do trabalhador [...] você não tem como tirar férias ou afastamento [...] não deveria nem existir” (EPEX-2).

Apesar de não terem referido às (contra)reformas no âmbito do trabalho como perquirida acima, essas trabalhadoras, por estarem submetidas às consequências dessas decisões, referiram importantes aspectos constitutivos do trabalho precário.

“Quando eu tenho uma jornada de trabalho longa, quando não tenho qualidade de vida, quando eu trabalho em [...]” (EPEX-3).

“O vínculo do contrato é precário porque ele não é um vínculo que garante uma certa estabilidade. Eu estou hoje, daqui a seis meses eu posso não tá mais. É algo incerto, a gente tem alguns direitos, mas a cada seis meses pode ser que não seja mais renovado e a gente sai sem direito nenhum” (ECTD-1).

“Quando a remuneração é muito baixa e não permite que o trabalhador consiga se manter, e nem manter a própria família [...]” (EEST-3).

Para os representantes da gestão do Hemope e da SES/PE, situações que estão relacionadas ao trabalho precário são jornada de trabalho exaustiva, condições de trabalho insuficientes e instabilidade dos vínculos.

“Quando eu sou obrigada a ter vários vínculos, uma jornada de trabalho absurda para que eu possa exercer minha função, além de tudo, a parte do meu próprio empregador que não me dá uma condição de trabalho, uma condição de descanso também digna” (G1).

“Que não tem estabilidade, o profissional não tem aquela estabilidade, então é um trabalho muito instável, é um trabalho que ele pode sair a qualquer tempo” (G2).

O amplo processo de metamorfose social expõe o trabalhador à volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz, “transformando rapidamente os homens que trabalham em obsoletos e descartáveis que devem ser “superados” e substituídos por outros “novos” e “modernos”, isto é, “flexíveis” (Druck, 2011). Ademais, a discussão das dimensões acima nos permite afirmar que o amplo processo de (contra)reformas a nível nacional e a institucionalização de vínculos flexíveis em Pernambuco intensificou o

processo de precarização do trabalho, gerando dessa forma consequências na vida pessoal e no universo laboral dessas profissionais, tema que será abordado na seção seguinte.

5.3 Consequências dos vínculos flexíveis e precários para a vida de enfermeiras(os) e para a assistência prestada no Hemope

Antunes (2015) resgata que trabalho e adoecimento são fenômenos tão antigos quanto a submissão ao trabalho, onde novas formas de adoecimentos com nexos laborais passaram a fazer parte do cotidiano do trabalho. Para o referido autor, isto ocorre como fruto da “liofilização organizacional, da empresa enxuta (lean production) a condições de baixa (ou nenhuma) proteção do trabalho” (Antunes, 2015, p. 411).

Foi possível apreender, nas falas das participantes, situações que ocasionam repercussões na saúde, tais como insegurança no trabalho; situações que geram riscos à própria saúde, desde a exposição a materiais de risco biológico, químico e ionizante, até extensas jornadas de trabalho provenientes da necessidade de se ter mais de um vínculo e o medo do desemprego (descartabilidade).

“No vínculo extra, se você não trabalha você não ganha [...] ocorre repercussão para vida pessoal porque se a gente adoecer [...] não tem uma estabilidade [...] não tem um retorno [...] se você ficar doente você não vai ganhar o plantão” (EEST-2).

“Um emprego só não supre as minhas necessidades e as necessidades de ninguém [...] a gente não ganha bem em apenas um emprego [...] é necessário ter mais de um para ter uma vida média” (ECTD-1).

“Eu acho muito triste a pessoa se formar e ficar desempregada [...] a enfermagem tem muito campo para subemprego [...] deve ser muito ruim a pessoa se formar e não ter onde trabalhar e o pior ainda, trabalhar na rede particular e ser escrava do hospital” (EEST-1).

“[...] as condições de trabalho ... o risco de acidente de trabalho, o risco aos agentes biológicos, químicos, físico-químicos de radiação ionizante, de acidente de trabalho” (EEST-3).

Machado *et al.* (2017) afirmam que a realidade dramática da enfermagem se estende para todo o território brasileiro, onde a grande maioria desses profissionais está exposta à insegurança, agressões, assédio moral de gestores públicos e privados, excesso de jornada e salários aquém das atribuições realizadas, além de más condições de trabalho e ambientes onde não há local para descanso e alimentação adequados.

Na mesma direção, um representante da gestão do Hemope ressalta em sua fala outro exemplo de discriminação referente ao vínculo, quando as trabalhadoras com vínculo extra não

tenham, sequer, direito à alimentação. E aqui não se trata de ter um ambiente adequado para a alimentação.

“Quando eu cheguei [...], o extra (plantão extraordinário) não tinha direito à alimentação [...], e isso foi uma briga mesmo [...] para que lutassem junto comigo para que todos tivessem direito [...], isso (plantão extra) já é uma forma de discriminar [...] e dizer que ele não tem direito, ele já não tem um vínculo empregatício e aí também não tem direito a comer” [...] (G1).

Repercussões da instabilidade laboral e precarização das condições de trabalho estiveram associadas à insatisfação profissional, e por certo, tal insatisfação também pode ser associadas às consequências na vida pessoal e laboral.

“Não (satisfeita profissionalmente) [...] a enfermagem não tem autonomia 100% no âmbito da assistência [...] sem falar das dificuldades [...] em atuar em hospitais públicos por falta de insumos, de materiais básicos como gaze, como dipirona intravenosa [...] agora que conseguimos o piso [...] infelizmente, é uma área muito, muito [...] desvalorizada pelos próprios profissionais da área de saúde [...] não tem muita oportunidade para quem está ingressando na área” (EPEX-3).

“Ainda não (satisfeita profissionalmente) [...] e ter mais estabilidade no sentido profissional [...] uma questão de satisfação profissional pra mim, no sentido de trabalhar com enfermagem [...] uma estabilidade é algo que eu ainda quero alcançar” (ECTD-1).

Em oposição, a estabilidade profissional esteve associada à satisfação profissional.

“Me considero (satisfeita profissionalmente), fiz vários concursos, passei em todos, escolhi onde trabalhar [...] eu optei por ficar no Hemope e ser professora de enfermagem” (EEST-1).

Para aqueles que se opõem à defesa do trabalho socialmente protegido, o entendimento é de que o emprego público parece ter engatado a marcha ré, ao passo que a estabilidade trazida pelo vínculo permanente, não sujeito a avaliações e cumprimento de metas, leva a uma crescente improdutividade, com grandes absenteísmos. Ao mesmo tempo, novas modalidades de incentivo vinculadas a avaliações de produtividade aparecem como melhor garantia da condição do trabalho profissional. Já as “modalidades mistas como o trabalho cooperado e a ‘pejotização’ passam a ter cada dia mais vigência na ‘realpolitik’” (Campos *et al.*, 2021).

Nessa discussão, é preciso reafirmar que o servidor público, diferentemente do que é propagado, possui processo de avaliação de desempenho anual com progressão em carreira prevista no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV, que leva em consideração a assiduidade, pontualidade, discricção, urbanidade, lealdade às instituições constitucionais, obediência às ordens superiores, entre outros deveres, e que cabe à gestão local fazer cumprir as sanções quando o servidor não cumpre o que refere o PCCV (Pernambuco, 1968; Brasil, 1990).

As repercussões na assistência à saúde prestada no serviço investigado foram correlacionadas às condições e vínculos precários de trabalho.

“Primeiro, estrutura física, infraestrutura, salário digno, carga horária digna e tempo [...] de repouso adequado, e materiais disponíveis para que o profissional possa executar a sua profissão, exercer o seu ofício perfeitamente” (EPEX-3).

“Dando condições de trabalho, um ambiente de trabalho, ter estrutura, não só física né, mas estrutural [...] um ambiente mais organizado, não só sendo a enfermagem, como um contexto geral [...]” (ECTD-3).

E, por fim, as falas das enfermeiras entrevistadas apontam na direção de que a qualidade da assistência pode ficar comprometida quando a forma de seleção não estabelece um critério para avaliar a competência profissional do candidato(a).

“Às vezes, eles (gestão) não valorizam essa questão da especialização, essa parte do estudo, da especialização que a pessoa venha a ter. Às vezes, dão vagas às pessoas menos capacitadas” (ECTD-1).

“Deveria ser feita uma seleção embasada na necessidade da instituição. Eu acho que um hospital hematológico precisa de enfermeira (o) hematológico. Acho que a seleção deveria ter um pente fino” (EPEX-3).

Druck (2013) relata que, no mundo moderno (flexível), os atributos exigidos para se manter empregável, são qualidades típicas dos que vivem do trabalho informal, tais como criatividade, dinamismo, adaptabilidade, iniciativa e desprendimento. No entanto, na área da saúde, priorizar esses atributos em detrimento da qualificação profissional, avaliada por processos justos de seleção expõe a população a riscos, às vezes, irreparáveis.

É importante registrar ainda que, apesar da estabilidade laboral não excluir o trabalhador contemporâneo do amplo processo de precarização social do trabalho sob o ponto de vista macro, neste estudo, as consequências deletérias da precarização social do trabalho na vida pessoal e laboral das enfermeiras estiveram associadas à instabilidade.

A perda de identidade individual e coletiva, a ameaça de desemprego e a descartabilidade, especialmente entre as enfermeiras contratadas por tempo determinado e aquelas dos plantões extraordinários, foram dimensões constitutivas do fenômeno da precarização do trabalho, as quais têm repercussões para a vida do trabalhador e para a assistência prestada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, apesar do inegável avanço desde a modernização da profissão no final do século XIX até as mais recentes lutas pela conquista da regulamentação da jornada de trabalho e determinação de piso salarial, vem sofrendo repercussões ocasionadas pelas transformações de ordem estruturais. A institucionalização de vínculos trabalhistas flexíveis instituídos pela SES/PE acompanha as mudanças no mundo do trabalho em âmbito nacional, ocasionando, dessa forma, a precarização nas condições e relações laborais entre essas(es) profissionais.

A caracterização das relações de trabalho de enfermeiras (os) vinculadas (os) ao Hemope deixa claro que as contratações dessas (es) profissionais, no período estudado, se deram pela via das relações flexíveis implementadas pela SES/PE, especialmente no que tange às contratações por tempo determinado e pelo plantão extra, reafirmando a opção da gestão pelo fomento da precarização do trabalho da enfermagem, já que essa realidade se repete nos hospitais próprios de administração pública.

Em relação à dimensão condições de (in)segurança e saúde no trabalho, o estudo revela necessidade de investimento em infraestrutura, redimensionamento de profissionais e ações relacionadas à saúde do trabalhador, especialmente no âmbito da assistência à saúde mental. As ações existentes no Hemope não seguem as premissas da Política Nacional da Saúde do Trabalho foram citadas como ações metas pontuais de imunização, exames admissionais e periódicos, que contemplam apenas as enfermeiras (os) com vínculos estatutários, excluindo as(os) contratadas(os) por tempo determinado e as (os) do plantão extra. Jornadas exaustivas de trabalho, condições laborais precarizadas e contratações informais são justificadas pelos gestores do estado pela insuficiência de recursos públicos.

A ameaça do desemprego se constituiu enquanto um dos elementos da dimensão da perda da identidade individual e coletiva, considerando o contexto de coexistência de contratos precarizados e informais fomentando um ambiente de trabalho competitivo entre trabalhadoras (es) da enfermagem e enfraquecendo a luta de classe. Ademais, a permanente ameaça do desemprego passa a ser também uma das causas de adoecimento/sofrimento, pois a sua materialização significa, para a maioria dos trabalhadores, a privação das condições básicas de subsistência.

A dimensão da condenação e descarte do direito do trabalho no âmbito da saúde foi evidenciada nesse estudo como consequência da clara decisão política do poder público de

promover a flexibilização da legislação social do trabalho, por meio do arcabouço legislativo que permite a contratação de trabalhadores da saúde para o serviço sem as devidas garantias trabalhistas. Fenômeno que vem gerando consequências tanto para a vida dessas profissionais quanto para a manutenção da assistência para os usuários do SUS.

Diante desse contexto, a luta pela garantia do direito do trabalho socialmente protegido precisa ser intensificada através da organização da classe trabalhadora. Os esforços empreendidos outrora pelos trabalhadores por direitos trabalhistas e previdenciários vêm sendo fortemente destituídos em vários setores da economia. No setor público da saúde, o Estado reafirma o fomento à precarização dos vínculos de trabalho, em detrimento da função constitucional de assegurar qualidade na assistência à saúde dos cidadãos e a proteção social do trabalho para os profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABEN. **Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn Nacional**. 2021. Disponível em: <<https://www.abennacional.org.br/site/historia>>. Acesso em: 22 dez. 2023
- AGÊNCIA BRASIL. Brasil registra mais de 612 mil acidentes de trabalho em 2022. **Agência Brasil**. 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-03/brasil-registra-mais-de-612-mil-acidentes-de-trabalho-em-2022>>. Acesso em: 26 de nov.2023.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. 100 p.
- ALVARENGA, D. **Brasil tem a 4ª maior taxa de desemprego do mundo, aponta ranking com 44 países**. G1, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/11/22/brasil-tem-a-4a-maior-taxa-de-desemprego-do-mundo-aponta-ranking-com-44-paise-ghhtml>>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- ALVES, G. **O Trabalho Envelhecido: As Contradições Metabólicas do Capital**. 1. ed. São Paulo: Projeto Editorial Praxis, 2021. 228 p.
- ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Editora Praxis, 2007. 290 p.
- ALVES, S.M.P. *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p.3043-3050, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>> Acesso em: 25 nov. 2023.
- ANTUNES, J. D; GOUVEIA, C.A.V. Período de carência após reforma da previdência: lei 13.457/17 e o ferimento ao princípio da proteção social. **Revista científica do centro de ensino superior Almeida Rodrigues**, n.7, p. 8-17, 2019. Disponível em: <https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=20420>. Acesso em 26 de nov.2023.
- ANTUNES, L. R. A narrativa das reformas estruturais no Brasil. **Confluências/ Revista interdisciplinar de sociologia e direito**, v.19, n.2, p.102-119, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Tamires/Downloads/34537-Texto%20do%20Artigo-115642-1-10-20171221%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Tamires/Downloads/34537-Texto%20do%20Artigo-115642-1-10-20171221%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 de nov.2023.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R. Crise do capitalismo e regressão social para a classe trabalhadora. **Revista Brasileira de Educação Profissional e Tecnológica**, v. 1, n. 22, p. 1-8, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15628/rbept.2022.13840>>. Acesso em: 04 dez. 2022.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2006. 103 p. Disponível em: <<http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/2020.1/servico-social-e-processos-de-trabalho/Bib>>. Acesso em: 04 dez. 2022.

ANTUNES, R; FILGUEIRAS, V. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo. **Contracampo**, v. 39, n. 1, p. 27-43, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/contracampo.v39i1.38901>>. Acesso em: 27 de nov. 2023.

ANTUNES, R; POCHMANN, M. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil**. Porto Alegre: Tomo Editorial Clacso, 2007. 16 p. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20120708071300/08antu2.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2022.

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n.123, p.407-427, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>>. Acesso em 25 nov. 2023.

ARRUDA, G. C. M; BEZERRA, S.C.S. Flexibilização das relações de trabalho no brasil: uma reflexão à luz das incertezas da modernidade complexa. **Revista Argumentum**, v. 20, n. 2, p. 539-562, 2019. Disponível em: <<http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/1014/718>> Acesso em: 25 nov. 2023.

AYRES, J.R.C. Prefácio. *In*: BOSI, M. L. M; GASTALDO, D. **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2021. 343 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. 70. ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016. 277p.

BEHRING, E. R. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BELLO, R.D. O princípio da igualdade no concurso público. **Revista de Informação Legislativa**, v.33, n.131, p. 313-320, 1996. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/176465>> Acesso em: 25 nov. 2023.

BOLTANSKI, L; CHIAPELLO, È. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2021. 343 p.

BRASIL. Resolução nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov.2017. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Brasília, Câmara dos deputados, 1923. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1923. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/19101929/d16300.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2016.300%2C%20DE%2031%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201923.&text=Approva%20o%20regulamento%20do%20Departamento,a%20autoriza%20C3%A7%C3%A3o%20constante%20do%20n.> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 2.306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago.1997. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2306.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. 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 **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun.1931. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacaooriginal-83805-pe.html>> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil e estabelece penas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan.1932. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 25 de abr. 2007. Disponível em: < <https://proae.ufu.br/legislacoes/decreto-no-6096-2007> reuni#:~:text=Institui%20o%20Programa%20de%20Apoio,Expans%C3%A3o%20das%20Universidades%20Federais%20%2D%20REUNI> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de jun.1987. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de mar.1961. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50387-28-marco-1961-389972-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 2.604 de 17/09/1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set.1955. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l2604.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 13 ago.1949. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l775.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1973. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19, de 1998, modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun.1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mai. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Institui o estatuto nacional da microempresa e da empresa de pequeno porte; altera dispositivos das leis nº 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da consolidação das leis do trabalho - CLT, aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, da lei nº 10.189, de 14 de fevereiro de 2001, da lei complementar nº 63, de 11 de janeiro de 1990; e revoga as leis nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e 9.841, de 5 de outubro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp123.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos- PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jan. 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111096.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jun. 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nºs 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília, DF. 20 set. 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113874.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.434 de 04 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeira (o), do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 ago. 2022.

Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14434-4-agosto-2022-793073-publicacaooriginal-165862-pl.html>> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.581 de 11 de maio de 2023. Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 7.300.000.000,00, para o fim que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 mai.2023. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14581.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do Art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez.1993. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.745%2C%20DE%209%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201993&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20contrata%C3%A7%C3%A3o%20por,Federal%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 mai.1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 22 de mar. 2001. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Medida provisória nº 1.827, de 27 de maio de 1999. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 28 de mai.1999. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1827.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%827%2C%20DE%2027%20DE%20MAIO%20DE%201999.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Fundo%20de,Superior%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da educação superior**: divulgação dos resultados. Brasília: Diretoria de Estatísticas Educacionais, 2021. Disponível em: < https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2021/apresentacao_censo_da_educacao_superior_2021.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pccs_sus.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Recursos Humanos nos serviços públicos municipais de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2006. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 23 de ago. 2012.

Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício d a enfermagem. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 26 de jun. 1986. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%2C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da

educação nacional. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 23 de dez. de 1996. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm> Acesso em: 22 dez. 2024.

CAMPOS, F. E *et al.* **Profissões e mercado de trabalho em saúde perspectivas para o futuro**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 27 p. Disponível em: <

https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/Campos-et-al_Profiss%C3%B5es_e_mercado_de_trabalho_em_sa%C3%BAde_TD_64.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023.

CAPELLA, B. B *et al.* Profissionalização da enfermagem: uma necessidade de social.

Revista Brasileira de Enfermagem, v.41, n.2, p. 161-168, 1988. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/Q9ftqth5H777V6bvPk8z3KH/>>. Acesso em 24 nov. 2023.

CASTRO, M.C.D *et al.* Precarização e flexibilização do trabalho no Brasil. **Revista Brazilian Journal of Development**, v.5, n.12, p.29688–29703, 2019. Disponível em: <

<https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-115>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

CAVALCANTE, R. B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo:

considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc. Est**, v.24, n.1, p.13-18, 2014. Disponível

em: <<http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/92625>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

CAVALCANTI, F. M. S. **O discurso de formação das trabalhadoras no Brasil: a afirmação da farsa em sua negação**. 2020. 166f. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2020.

COFEN (Brasil). Conselho Federal de Enfermagem (org.). **Enfermagem em números**. 2022.

Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 04 dez. 2022.

DIEESE. **Relações e condições de trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2007. 200p. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/livro/2008/relacoesCondicoesTrabalhoBrasil.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2023.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>>. Acesso em: 22 dez 2023.

DRUCK, G. Flexibilização e Precarização: Formas Contemporâneas de Dominação do Trabalho. **Caderno CHR**, v. 15, n.37, p.11-22, 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18740>> Acesso em: 22 dez 2023.

DRUCK, G. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. *In*: ANTUNES, R. **A precarização social do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo editorial, 2013.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistência: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-49792011000400004>>. Acesso em: 22 dez 2023.

DRUCK, G; FRANCO, T. Trabalho e precarização social. **Caderno CRH**, v. 24, n. spe 01, p. 9-13, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/ZgVzjpGtvXMJdbBWms4JhvD/>> Acesso em: 22 dez 2023.

DRUCK, G *et al.* A Terceirização no serviço público: particularidades e implicações. *In*: A. G. Campos. **Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate**. Brasília, DF: Ipea 2018.

EBERHARDT, L.D; CARVALHO, M; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040432>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

FONSECA, V.P. Prefácio. *In*: KREIN, J.D; OLIVEIRA, R.V; FILGUEIRAS, V.A (org.). **Reforma Trabalhista no Brasil: promessas e realidade**. São Paulo: Curt Nimuendajú, 2019.

FONTES, V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho*. **Marx e o Marxismo**. v.5, n.8, 2017. Disponível em: <<https://www.niepmarx.com.br/index.php/MM/article/view/220>> Acesso em: 22 dez. 2023.

FROTA, M.A. *et al.* Mapeando a formação da(o) enfermeira(o) no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p. 25-35, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZN9QCnJZTPr/>>. Acesso em: 25 nov. 2023.

GHISLENI, M. S. D. V. **Flexibilização do direito do trabalho**. 2006. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em direito), Centro Universitário Univates, 2006. Disponível em: <<https://www.univates.br/media/graduacao/direito>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

GIRARDI, S. *et al.* O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Saúde Para Debate**, v. 45, p. 11-23, 2010. Disponível em: <

http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/O%20Trabalho%20Prec%C3%A1rio%20em%20Sa%C3%BAde_tend%C3%Aancias%20e%20perspectivas%20na%20ESF.pdf>
Acesso em: 22 dez 2023.

GOMES, H. F *et al.* Precarização do trabalho de enfermagem e repercussões na saúde dos trabalhadores brasileiros: revisão integrativa. **Revista enfermagem atual in derme**, v.77, n.15, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.31011/raid-2016-v.77-n.15-art.376>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GOMEZ, C.M; VASCONCELLOS, L.C.F; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23 n.6, p.1963-1970, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. Assistir/cuidar na enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.2, n.1, p. 2-8, 1998. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v2n1/v2n1a02.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HARVEY, D. **Condição pósmoderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 17 ed. São Paulo: Loyola, 1992.

HEMOBRÁS. Dez motivos que justificam o arquivamento da PEC do Plasma. **Empresa brasileira de hemoderivados e biotecnologia- Hemobrás**. 2023. Disponível em: <<https://hemobras.gov.br/>>. Acesso em: 26 de nov.2023.

HEMOPE. A Fundação Hemope: Uma fundação que presta serviços nas áreas de hematologia e hemoterapia. **Hemope**. Recife, 2023. Disponível em: <<https://www.hemope.pe.gov.br/fundacao/apresentacao>>. Acesso em: 26 de nov.2023

HURTADO, S.L.B. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.8, p.3091-3102, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

KERBER, S; SCHNEIDER, A. M. **Benefícios flexíveis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis), Univates, 2012. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/134>>. Acesso em: 04 dez. 2022.

KREIN, J.D; OLIVEIRA, R.V; FILGUEIRAS, V.A. **Reforma Trabalhista no Brasil: promessas e realidade**. São Paulo: Remir, 2019. Disponível em: <<https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2019/09/Livro-REMIR-v-site.pdf>>. Acesso em: 22 dez 2024.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** v.59, n. spe, p.403-10, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700004>. Acesso: 25 nov. 2023.

LAITANO, A. C *et al.* Precarização do trabalho da enfermeira: militância profissional sob a ótica da imprensa. **Acta Paul Enferm.** v. 32, n.3, p.305-11, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900042>>. Acesso em: 26 de nov. 2023.

MACHADO, M.H *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação das(os) enfermeiras (os), técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v.6, n.2, p.15-34, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687>>. Acesso em: 26 de nov. 2023.

MACHADO, M.H *et al.* Perfil da enfermagem no Brasil (Relatório Final). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

MAGALHÃES, S.S *et al.* Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. **Enferm. Foco**, v. 4, n.3, p.167-170, 2014. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/542>>. Acesso em: 25 nov. 2023.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5 n.1, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.18569/tempus.v5i1.925>>. Acesso em: 26 de nov. 2023.

MARTINS, J. **Trabalho e Precarização no Contexto das Contrarreformas: uma análise sobre a desproteção social dos trabalhadores com formação superior**. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em:< <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/250538>> Acesso em: 22 dez. 2023

MARX, K. **O capital crítica da economia política: O processo de produção do capital**. São Paulo: boitempo, 2013. Disponível em: < <https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/marx-e-engels/o-capital-livro-1.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2023.

MARTINS, G.A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MASCARENHAS, N.B. **A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925)**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia, 2013. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/25999>> Acesso em: 22 dez. 2023.

MASCARENHAS, N.B; MELO, C.M.M; SILVA, L.A. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Escola Anna Nery**. v. 20, n.2, p. 220-227, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>>. Acesso em: 22 dez 2023.

MATSUMURA, E.S. S *et al.* Distribuição espacial dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.12, n.12, p.3271-8, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236270p3271-3278-2018>> Acesso em: 22 dez. 2023.

MELO, C.M.M *et al.* Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: Revelando a precarização. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.3, e20160067, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160067>>. Acesso em 26 nov. 2023.

MELO, G.A; NATIVIDADE, A.S; NASCIMENTO, R.F. Conselhos de Enfermagem: criação e atribuições do sistema Cofen/Coren. **Revista Científica da FASETE**, p. 260- 273, 2015. Disponível em: <https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2015/9/conselhos_de_enfermagem.pdf> Acesso em: 22 dez 2023.

MENDES, A.N.C; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social (Online)**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260>. Acesso em: 28 out. 2023.

MERLO, A.R.C; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**; v.19, n.1, p. 61-68, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100009>> Acesso em: 28 out. 2023.

MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. **Outubro revista**. 2000. Disponível: <<https://www.marxists.org/portugues/meszaros/1998/02/40.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2023.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MEYER, S; Ward P. *In*: BOSI, M. L. M; GASTALDO, D. **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2021. 343 p.

MINAYO, M.C. Souza. **O desafio do conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 418 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). **Sinopse Estatística da Educação Superior 2002**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/centrais-de-conteudo/acervo-linha-editorial/publicacoes-institucionais/estatisticas-e-indicadores-educacionais/censo-da-educacao-superior-2013-sinopse-estatistica-2013-2002>> Acesso em: 22 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). **Sinopse Estatística da Educação Superior 2017**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>> Acesso em: 22 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). **Sinopse Estatística da Educação Superior 2018**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>> Acesso em: 22 dez. 2023.

MORAIS, H.M.M et al. Organizações sociais da saúde: Uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v.34, n.1, e00194916, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

NASCIMENTO, M.E.B; OLIVEIRA, M.C.M. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista Histedbr On-line**, n.23, p. 131–142, 2006. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/5359/art09_23.pdf> Acesso em: 24 nov. 2023.

NOGUEIRA, J; BASTOS, A.T; SANTOS, A.O. O fenômeno da pejotização: uma análise de fraude na relação do trabalho à luz do direito comparado. **Revista Foco**, v.16, n.7, p.01-25, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n7-048>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

OGUISSO, T. História da legislação do exercício da enfermagem no brasil. **R. Bras. Enferm.**, v. 53, n.4, p. 197-207, 2001. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reben/a/M9cWmGwdWZqspkjJh3qtmFC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 nov. 2023.

OLIVEIRA, A.L; SILVA, L.E; TUMELERO, S.M. Acumulação Capitalista e Trabalho: a Atualidade e Vigor da Produção Teórica Marxista. **Rev Interd em Cult e Soc. (RICS)**, v. 5, n. 1, p. 1- 25, 2019. Disponível em: <<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/10529>> Acesso em: 22 dez. 2023.

OLIVEIRA, D.A; POCHMANN, M. **Devastação do trabalho: a classe do labor na crise da pandemia**. 1. ed. Brasília: Editora Positiva, 2020. Disponível em: <<https://gestrado.net.br/wp-content/uploads/2020/12/A-desvastac%CC%A7a%CC%83o-do-trabalho-CNTE-ISBN-978-65-87240-04-6.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2023.

OLIVEIRA, R.S. **Precarização e intensificação do trabalho na saúde bucal: um estudo com cirurgiões dentistas dos centros de especialidades odontológicas**. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva), Universidade Federal de Pernambuco-Centro de Ciências da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9531>> Acesso em: 22 dez. 2023.

OLIVEIRA, R.S; MORAIS, HMM. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 119-137, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip130>>. Acesso em: 22 dez 2023.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de estado de Saúde**. Tese (Doutorado em ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08122009-185716/publico/MariaLuizaLeviPahim.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PAIM, L. A formação de enfermeiras (os) no brasil na década de 70. **R. Bras. Enferm.** v. 53, n.4, p.185-196, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/JPSMdSVWcYgxW5mVTkMpSPz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 de nov. 2023.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 25 nov.2023.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Copyright, 1979. 139 p.

PALÁCIOS, A. L.; LOPES, F.J. A privatização do ensino superior no Brasil. **Revista pós graduação Multidisciplinar**, v.1, n.4, p.59-76, 2018. Disponível em: <<https://fics.edu.br/index.php/rpgm/article/view/771>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PATERNOSTRO, R. B. Resumo da emenda constitucional nº 103, de 2019, que altera o sistema de previdência social. **Câmara dos deputados**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/39679/resumo_emenda_Paternostro.pdf>. Acesso em 26 de nov. 2023.

PAULANI, L.M. Neoliberalismo e individualismo. **Economia e Sociedade**, v.13, n.2, p.115-127, 1999. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643138>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PEREIRA, A.A.C *et al.* Impactos da Reforma Trabalhista sobre o trabalho da Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1-9, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39242>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

PEREIRA, L.C.B. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Cadernos Mare, 1997.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da Constituição Estadual. **Diário Oficial do Estado**, PE, 22 de dez de 2011. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=14547&complemento=0&ano=2011&tipo=&url=>>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Decreto nº 39.763, de 29 de agosto de 2013. (Revogado pelo Decreto nº 39888/2013). Estabelece o valor máximo mensal a ser despendido na execução de Plantão Extraordinário, no âmbito da Secretaria de Saúde. **Diário Oficial do Estado**, PE, 29 de ago de 2013. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=39888&complemento=0&ano=2013&tipo=&url=>>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Decreto nº 53.242, de 22 de julho de 2022. Regulamenta a lei nº 16.089, de 30 de junho de 2017, que institui o sistema de plantões extraordinários, no âmbito da rede estadual de saúde. **Diário Oficial do Estado**, PE, 22 de jul.2022. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=53242&complemento=0&ano=2022&tipo=&url=#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%BA%2016.089,II%20e%20IV%20do%20art.>>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Decreto nº 53.770, de 17 de outubro de 2022. Altera o Decreto nº 53.242, de 22 de julho de 2022, que regulamenta a Lei nº 16.089, de 30 de junho de 2017, que institui o Sistema de Plantões Extraordinários, no âmbito da Rede Estadual de Saúde. **Diário Oficial do Estado**, PE, 17 de out. 2022. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=53770&complemento=0&ano=2022&tipo=&url=>>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Lei complementar nº 3, de 22 de agosto de 1990. Institui o regime jurídico único de que trata o art. 98 da Constituição Estadual, e dá outras providências. **Diário Oficial**

do Estado, PE. 22 de agos.1990. Disponível em: <

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=2&numero=3&complemento=0&ano=1990&tipo=&url=>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968, dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado**, PE, 01 de jan. 1996. Disponível em: <

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=6123&complemento=0&ano=1968&tipo=&url=>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.804, de 29 de outubro de 2012. Regula o acesso a informações, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, PE. 29 de out.2012. Disponível em: < [http://www.portais.pe.gov.br/web/pmpe/lei-de-acesso-a-](http://www.portais.pe.gov.br/web/pmpe/lei-de-acesso-a-informacao#:~:text=Lei%20n%C2%BA%2014.804%2C%20de%2029OUT2012,%C3%A2mbito%20do%20Poder%20Executivo%20Estadual.>)

[informacao#:~:text=Lei%20n%C2%BA%2014.804%2C%20de%2029OUT2012,%C3%A2mbito%20do%20Poder%20Executivo%20Estadual.>](http://www.portais.pe.gov.br/web/pmpe/lei-de-acesso-a-informacao#:~:text=Lei%20n%C2%BA%2014.804%2C%20de%2029OUT2012,%C3%A2mbito%20do%20Poder%20Executivo%20Estadual.>) Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.885, de 14 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da

Constituição Estadual. **Diário Oficial do Estado**, PE, 14 de dez.2012. Disponível em: < <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=14885&complemento=0&ano=2012&tipo=&url=#:~:text=Texto%20Original&text=LEI%20N%C2%BA%2014.885%2C%20DE%2014,97%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Estadual.>> Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Lei nº 16.089, de 30 de junho de 2017. Institui o sistema de plantões extraordinários no âmbito da rede estadual de saúde. **Diário Oficial do Estado**, PE, 30 jun.2017. Disponível em: <

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=28675#:~:text=Art.,funcionamento%20ocorra%20de%20forma%20ininterrupta.>> Acesso em: 10 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**.

Recife: Secretaria Estadual da Saúde, 2021. 459p. Disponível em: <

https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (PEHH-PE)**. Recife: Secretaria Estadual da Saúde, 2016.

Disponível em: < https://www.hemope.pe.gov.br/pdf/pehh_pe_versao_final.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023.

PIERANTONI, C.R *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.685-704, 2008.

Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/v18n4/v18n4a05.pdf>>. Acesso em: 26 nov.2023.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 n.1, p.89-99, 2020. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vnJWDbvYCWqdYdVypqrJMBm/>> Acesso em: 26 dez. 2023.

POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos.** 3ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

RAMOS, R.C.S.S; SALVI, R.F. Análise de conteúdo e análise do discurso em educação matemática – um olhar sobre a produção em periódicos Qualis A1 e A2. Anais do V Seminário Internacional de Pesquisa em Educação Matemática. Brasília: Sociedade Brasileira de Educação Matemática, 2009. Disponível em: < <https://www.uel.br/grupo-pesquisa/ifhiecem/arquivos/9GT94689598053.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2023.

RÉZIO, L.A; OLIVEIRA, A.G.B. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em mato grosso. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.2, p.346-354, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/WJyMtqVwSBJqrcGJwb68HXS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 26 nov.2023.

RIBEIRO, A.C; SOUZA, J.F; SILVA, J.L. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm**, v.19, n.3, p.569-75, 2014. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33034>> Acesso em: 22 dez. 2023.

RODRIGUES, L. P; SOUZA, V. F. M. Políticas de privatização do ensino superior brasileiro: uma análise acerca das orientações do banco mundial. **Revista Inter Ação**, v. 45, n. 2, p. 273-283, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ia.v45i2.62662>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

RODRIGUES, U. S *et al.* Decisões da justiça do trabalho sobre as demandas no campo da enfermagem. **Enferm. Foco**, v.11, n.2, p. 64-69, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2738>>. Acesso em: 24 nov. 2023.

ROSSO, S. D. Ondas de intensificação do labor e crises. **Perspectivas**, v. 39, p. 133-154, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4755/4057>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

ROZICKI, C. última versão do contrato por tempo determinado: inconstitucionalidade, significado, efeitos. **Sequência Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 19, n. 36, p. 60–72, 1998. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15606>>. Acesso em: 4 out. 2023.

SANTOS, L. G. **Hemope e pró-sangue: duas decisões, um caminho: hemoterapia: aspectos históricos, política hemoterápica e experiência brasileira.** 2 ed. Recife: EDUPE, 2022. 94 p.

SANTOS, I. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, p. 853-8, 2007. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 22 dez. 2023.

SANTOS, T.A *et al.* Associação entre variáveis relacionadas à precarização e afastamento do trabalho no campo da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.1, p.123-133, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28242019>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SANTOS, B.P *et al.* Ensino de enfermagem no brasil: do advento do sistema Nightingale ao cenário científico. **Hist. Enf. Rev. Eletr. (REVE)**, v.5 n.2, p.310-322, 2014. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2014/bde-26779/bde-26779-251.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2023.

SANTOS, F.S *et al.* Benefícios flexíveis: estudo de caso em uma indústria de autopeças. **Navus - Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 07-28, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22279/navus.2017.v7n1.p07-28.432>>. Acesso em: 20 dez 2023.

SANTOS, M.A. B; SERVO, L.M. S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. *In*: Ministério da Saúde. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, 2016. 260 p.

SANTOS, P.R. F. A intensificação da exploração da força de trabalho com a produção flexível: elementos para o debate. **O Social em Questão**, nº 25/26, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256749008>> Acesso em: 22 dez 2023.

SANTOS, T. A. **Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017**. Tese (Doutorado em enfermagem), Universidade Federal da Bahia, 2018. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7573804> Acesso em: 22 dez. 2023.

SANTOS, A.V; CHAVES, V. L. J. Influência de atores privados no fortalecimento da privatização da educação superior brasileira. **Educ. Soc**, v. 41, e241276, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/ES.241276>>. Acesso em: 25 nov.2023.

SARAIVA, A. K. M *et al.* A expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: cenário, interesses e desafios do ensino a distância. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.55, e03784, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020009903784>>. Acesso em: 25 nov.2023.

SILVA, L. M. M; ZANIN, M. J. F. C. Solidariedade entre os trabalhadores: um caminho para a dignidade no ambiente de trabalho. **Faculdade FAMMA de Maringá**, 2023. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=93f8e322bb6adffe>>. Acesso em: 17 nov. de 2023.

SILVA, R. M *et al.* Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 135-145, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

SILVA, V. M; LIMA, S. M. L; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 145-159, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005396>> Acesso em: 10 dez 2023.

SOUZA, D. O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>>. Acesso em: 20 dez 2023.

SOUZA, D. O; ABAGARO, C.P. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>> Acesso em: 20 dez. 2023.

SOUZA, M. M. T; PASSOS, J. P; TAVARES, C. M. M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2072-2082, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2072-2082>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

STALER, Gary. Desemprego. In: Dicionário de economia política marxista/Bem Fine e A. S. Filho. 1ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2020.

TEIXEIRA, E. *et al.* Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm**, v.66, esp, p.102-10, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>>. Acesso em: 25 nov. 2023.

TENÓRIO, Marília Martina Guanaany de oliveira. **O "ato médico" e a reforma sanitária brasileira: um debate imperativo para esclarecimentos necessários**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/34103>> Acesso em: 22 dez. 2023.

TOURINHO, R. Organizações Sociais no ordenamento jurídico brasileiro: ultrapassando os limites da omissão legislativa. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro** n° 77, 2020, p. 237- 269. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1904662/Rita_Tourinho.pdf> Acesso em: 10 dez 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). State of the worlds nursing 2020: investig. in education, Jobs and leadership. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>> Acesso em: 23 dez. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**FUNDAÇÃO DE
HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DO ESTADO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM

Pesquisador: tamires maria pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67879623.0.3001.5195

Instituição Proponente: Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Pernambuco -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.050.743

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende explorar alguns aspectos concernentes aos arranjos contratuais de trabalhadores enfermeiros (as) vinculados (as) ao Sistema Único de Saúde, levando em consideração o processo de flexibilização do trabalho iniciado na década de setenta do século vinte em escala mundial. Entende-se que o arcabouço jurídico amparado pela flexibilização laboral, imposto pela agenda neoliberal, vem ocasionando a precarização social do trabalho, suprimindo os direitos trabalhistas e previdenciários da classe trabalhadora. No Brasil, esse fenômeno ganha força a partir da década de 1990 após a estruturação da Reforma do Estado e, desde então, vem se fortalecendo com as sucessivas reformas previdenciárias e trabalhistas.

Vale salientar que o processo de desregulamentação do trabalho está presente nos distintos setores da economia, entre eles, o da saúde tanto no âmbito público quanto no privado. Ante o aprofundamento desse processo, o poder público, em diversos estados brasileiros, vem institucionalizando novos arranjos contratuais para a força de trabalho em saúde. Em Pernambuco, o decreto estadual nº 39.763/2013 estabeleceu um teto financeiro para execução de plantões extraordinários através de contratações de profissional de saúde sem vínculo público habilitado para o serviço e previamente credenciado, via contrato por tempo determinado e ou por servidor público da Secretaria Estadual de Saúde. Nesse contexto, o presente estudo visa compreender os novos arranjos contratuais das enfermeiro(a)s vinculado(a)s à Fundação de Hematologia de Pernambuco, considerando o cenário de flexibilização do trabalho e as repercussões desse

Endereço: Rua Joaquim Nabuco, 171

Bairro: Graças

CEP: 52.011-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3182-4771

E-mail: cep@hemope.pe.gov.br



FUNDAÇÃO DE
HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DO ESTADO



Continuação do Parecer: 8.050.743

fenômeno na vida desses trabalhadores, assim como para a prestação da assistência. Trata-se de uma investigação descritiva e exploratória, do

tipo estudo de caso, que utilizará abordagens da pesquisa quantitativa e qualitativa. O material empírico será coletado através do levantamento de todos os tipos de vínculos de todos(as) enfermeiros(as) que trabalharam na Fundação de Hematologia de Pernambuco no período compreendido entre 2013 a 2021 e mediante entrevistas semiestruturadas e análise documental.

Os sujeitos a serem entrevistados serão selecionados por amostra intencional e heterogênea composta por enfermeiros(as) e por representantes da gestão do trabalho da Fundação de Hematologia de Pernambuco e da Secretaria Estadual de Saúde. Os achados serão analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin, além da análise documental e abordagem da estatística descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Investigar o fenômeno da flexibilização do trabalho de enfermeiros (as) vinculados à Fundação de Hematologia de Pernambuco (Hemope) e as repercussões desse fenômeno nas suas vidas e para a prestação da assistência.

Específicos:

1. Caracterizar e analisar as relações de trabalho de enfermeiros (as) vinculados (as) ao Hemope implementadas a partir de 2013 pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco;
2. Compreender as dimensões da insegurança e saúde no trabalho, perda da identidade individual e coletiva e do direito do trabalho, as quais conformam a precarização social do trabalho;
3. Analisar as consequências que os vínculos flexíveis/precários ocasionam para a vida de enfermeiros (as) e para assistência prestada no Hemope.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa poderá expor os participantes a riscos como: receio, constrangimento, e desconforto, gerados pelo tempo de duração da entrevista, bem como pela natureza do tema abordado. Caso isto ocorra, será garantida a possibilidade de interrupção da entrevista, podendo retorná-la em outro momento; será ainda, reforçado a rigor ético da pesquisa e o anonimato dos participantes.

Endereço: Rua Joaquim Nabuco, 171

Bairro: Graças

CEP: 52.011-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3182-4771

E-mail: cep@hemope.pe.gov.br



FUNDAÇÃO DE
HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DO ESTADO



Continuação do Parecer: 6.050.743

Benefícios:

Como benefício direto ao participante coloca-se a possibilidade de reflexão sobre o objeto em estudo, e as repercussões desse fenômeno nas suas vidas e para a prestação da assistência à saúde da população. De forma indireta, o estudo contribuirá como literatura científica especializada e embasamento para futuros estudos e discussões sobre o objeto estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta todos os termos conforme os preceitos éticos, e aumentará o escopo de estudos sobre o processo de trabalho da enfermagem, sua precarização e perspectivas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados:

1. Folha de Rosto;
2. O termo de Compromisso e Confidencialidade;
3. Projeto detalhado;
4. Riscos e benefícios;
5. Carta de Anuência;
6. Orçamento e cronograma;
7. Currículo dos pesquisadores, documentos encaminhados conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012, na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, considera-se que o estudo foi avaliado como APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que o pesquisador (a) responsável assume o compromisso de encaminhar ao CEP da Fundação Hemope o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o dispositivo nas normas vigentes, Resoluções nº 510/16 e 466/12. O prazo de entrega do Relatório é de até 30 dias, após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Joaquim Nabuco, 171
 Bairro: Graças CEP: 52.011-000
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3182-4771 E-mail: cep@hemope.pe.gov.br



FUNDAÇÃO DE
HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DO ESTADO



Continuação do Parecer: 6.050.743

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2117821.pdf	19/04/2023 12:34:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCOMOSANEXOS.pdf	12/03/2023 17:36:51	tamires maria pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/03/2023 21:23:45	tamires maria pereira	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_assinado.pdf	11/03/2023 21:22:23	tamires maria pereira	Aceito
Outros	CurriculoTamiresMariaPereira.pdf	07/03/2023 23:19:46	tamires maria pereira	Aceito
Outros	CurriculoRaquelSantosdeOliveira.pdf	07/03/2023 23:19:24	tamires maria pereira	Aceito
Outros	CurriculoHeloisaMariaMendoncadeMorais.pdf	07/03/2023 23:18:36	tamires maria pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTAANUENCIAHEMOPE.pdf	07/03/2023 23:11:20	tamires maria pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Maio de 2023

Assinado por:
 Maria Iraci Buarque Valença
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Joaquim Nabuco, 171

Bairro: Graças

CEP: 52.011-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3182-4771

E-mail: cep@hemope.pe.gov.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SES/PE



SES - Carta de Anuência

Processo nº 2300000157.000164/2023-26

Despacho: 375

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos ciência da realização da pesquisa com o tema "**A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM**", da pesquisadora **Tamires Maria Pereira**, sob a orientação da **prof. Dra. Raquel Santos Oliveira**, na Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmamos que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O mesmo deverá cumprir os requisitos da Resolução CNS N°466/12 e suas complementares, e Resolução N°510/16, comprometendo-se, dentre outras coisas, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

SES - Gerência de Desenvolvimento da Educação na Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Emanuela de Oliveira Silva Souza**, em 16/05/2023, às 14:46, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **36470808** e o código CRC **F2D2F038**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongü, Recife/PE - CEP 50751-530,
Telefone: (81)3184-0000

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO HEMOPE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que autorizo a pesquisadora TAMIRES MARIA PEREIRA a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado "A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM"

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deve apresentar à Chefia de Ensino e Pesquisa do Hemope o PARECER CONSUBSTANCIADO, devidamente aprovado e emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP

María do Carmo Valgueiro Costa de Oliveira
Chefe de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **María do Carmo Valgueiro Costa de Oliveira**, em 02/03/2023, às 12:40, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **33844105** e o código CRC **30DF38E3**.

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO

Rua Joaquim Nabuco, 171, - Bairro Graças, Recife/PE - CEP 52011-000, Telefone: (81) 3182-4600

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Médicas
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora, Tamires Maria Pereira, Rua Nadir de Medeiros, N°348, AP.10, CEP 54410110, (81) 999283097, tamiresenf.2014@gmail.com, e está sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Raquel Santos Oliveira, (81) 981499865; raquelsoliveira78@yahoo.com.br. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: O estudo que ora se pretende realizar corresponde a uma investigação descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso que utilizará abordagens da pesquisa quantitativa e qualitativa a partir de entrevista semiestruturada e análise documental. Pretende explorar alguns aspectos concernentes aos arranjos contratuais de trabalhadores enfermeiros (as) vinculados (as) ao Sistema Único de Saúde, levando em consideração o processo de flexibilização do trabalho iniciado na década de setenta do século vinte em escala mundial. Como objetivo geral pretende-se investigar o fenômeno da flexibilização do trabalho de enfermeiros (as) vinculados à Fundação de Hematologia de Pernambuco (Hemope) e as repercussões desse fenômeno nas suas vidas e para a prestação da assistência. As informações serão coletadas a partir de entrevistas semiestruturadas, de forma presencial ou remota, individualizada, em local físico previamente definido com o participante, com duração média de trinta minutos, podendo ser necessário realizá-la em mais de um momento. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me asseguram a confiabilidade dos dados e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto, incluídos na literatura científica especializada;

RISCOS: A participação nesta pesquisa poderá expor os participantes a riscos como: receio, constrangimento, e desconforto, gerados pelo tempo de duração da entrevista, bem como pela natureza do tema abordado. Caso ocorra, será garantida a possibilidade de interrupção da entrevista, podendo retorná-la em outro momento, será ainda, reforçado a rigor ético da pesquisa e o anonimato dos participantes.

BENEFÍCIOS: Como benefício direto ao participante coloca-se a possibilidade de reflexão sobre o objeto em estudo, e as repercussões desse fenômeno nas suas vidas e para a prestação da assistência à saúde da população. De forma indireta, o estudo contribuirá como literatura científica especializada e embasamento para futuros estudos e discussões sobre o objeto estudado.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação; os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em arquivos no computador sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **A PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO E- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS (OS)

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistadora: _____	
Data: / /	Início da entrevista (hrs.) _____
Entrevistado: _____	
Sexo: () M () F Idade: _____	
<p>❖ Gostaria que você falasse sobre sua trajetória de formação profissional até o presente momento? (ano de formação, instituição, pós graduação, mestrado doutorado...)</p>	
<p>1. Gostaria que você falasse um pouco sobre sua atividade/função exercidas no Hemope. Você se considera satisfeito profissionalmente?</p>	
<p>Dimensão 3- Insegurança e saúde no trabalho- Como você avalia as condições físicas/estruturais e de trabalho aqui no Hemope? (EPI's, acidentes trabalho). Como essas condições interferem na assistência prestada ao usuário do serviço.</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Em caso de acidentes de trabalho qual fluxo de assistência para o trabalhador estabelecido pelo Hemope? (CAT, serviços de referência) 2. Como você avalia a política de saúde do trabalhador instituída por esse serviço? (exames admissionais e periódicos, imunização, saúde mental). Você pode comentar um pouco sobre as diretrizes contempladas nessa política? 3. Quais os riscos ocupacionais relacionados ao seu processo de trabalho no Hemope, você consegue identificar? 4. Você já participou de capacitação ou educação permanente neste serviço sobre a promoção e proteção da saúde do trabalhador? Se sim, qual periodicidade? 5. Você considera que existe sobrecarga de trabalho nas atividades que você desenvolve? Ou seja, você desenvolve mais de função, acumulando atividades que não eram para você desenvolver? Se sim, você avalia que essa sobrecarga de trabalho vem repercutindo nas suas condições de saúde (física e psicológica). 	
<p>Dimensão 4- Isolamento e a perda de enraizamento de vínculos de inserção.</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como você avalia o atual mercado de trabalho/oportunidade de trabalho da enfermagem? (setor público e privado) 2. Para você, quais as condições que constituem um trabalho valorizado socialmente? Você identifica essas condições no trabalho da enfermagem na atualidade? Na sua avaliação houve mudanças em relação ao reconhecimento social (valorização profissional) do trabalho na enfermagem? (comparação com a entrada da entrevistada no mercado de trabalho e hoje) 3. Você já esteve desempregada(o) e/ou se sente ameaçada(o) permanentemente pela perda do seu emprego? Gostaria que você falasse sobre o significado dessa situação para a sua vida pessoal e profissional? 	

4. Como você avalia a solidariedade de classe entre enfermeiros(as)? (concorrência; trabalhador como único responsável por sua empregabilidade; “ditadura do sucesso”)

Dimensão 6- Crise do direito do trabalho.

Indicador 1. Vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais-vínculo trabalhista

- 1 Você poderia falar como foi sua forma de seleção, tipo de vínculo, média salarial e jornada de trabalho aqui no HEMOPE?
- 2 Como você avalia sua relação de trabalho (vínculo) aqui no HEMOPE?
- 3 Quais as mudanças e/ou decisões políticas tomadas no âmbito federal e estadual (SES) que você identifica que vêm ocasionado perdas nos direitos dos trabalhadores (incluindo os trabalhadores da saúde)?
- 4 Para você quando o trabalho pode ser considerado precário? (Você avalia que seu trabalho no SUS é precário?).
- 5 Se a afirmativa anterior for positiva. Como a precarização do trabalho vem impactando o seu cotidiano aqui no HEMOPE e em sua vida pessoal? (salário recebido corresponde as expectativas/necessidades...)
- 6 Além do vínculo aqui no HEMOPE você possui outro (s) vínculo (s) profissional (is)? (Você poderia falar sobre a necessidade de possuir vários vínculos profissionais?)
- 7 A partir da sua experiência aqui no Hemope, você considera que esses variados vínculos laborais (CTD, plantão extra, estatutário) vêm ocasionando algum prejuízo para a assistência prestada por esse serviço e para o relacionamento entre as enfermeiras? (conflitos, discriminação, disputa, insegurança, rotatividade).

Indicador 6- Condenação e descarte do direito do trabalho.

- 8 Qual a sua avaliação da contratação de enfermeiras, via plantão extra e CTD pela SES? Você avalia que a informalidade desse vínculo ocasiona repercussões na assistência prestada pelo HEMOPE para os usuários?
- 9 Se a pessoa entrevistada for CTD ou plantão extra - Você avalia que a informalidade desse vínculo ocasiona repercussões para a sua vida profissional e pessoal?
- 10 Para você, quais os principais retrocessos nas legislações do trabalho podem ser apontados? Qual a importância dos direitos trabalhistas e previdenciários?

Término da entrevista (hrs.) _____

AGRADECEMOS PELA SUA CONTRIBUIÇÃO NA PESQUISA

Assinatura do entrevistado

ANEXO F- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTÃO DE ENFERMAGEM DO HEMOPE

Identificação	
Entrevistadora: _____	
Data: / / (hrs.) _____	Início da entrevista
Entrevistado: _____	
Sexo: () M () F Idade:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gostaria que você falasse sobre sua trajetória de formação profissional até o presente momento? (ano de formação, instituição, pós graduação, mestrado doutorado) ❖ Fale um pouco sobre sua atuação aqui no Hemope (cargo que atua, forma de seleção, tempo de atuação, principais atribuições) 	
Dimensão 3- Insegurança e saúde no trabalho.	
Como você avalia as condições físicas/estruturais e de trabalho no Hemope? (EPI's, acidentes trabalho);	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Em caso de acidentes de trabalho qual fluxo de assistência para o trabalhador estabelecido pelo Hemope/SES-PE? (CAT, serviços de referência); 2. Como você avalia a política de saúde do trabalhador instituída por esse serviço? (exames admissionais e periódicos, imunização, saúde mental). Você pode comentar um pouco sobre as diretrizes contempladas nessa política? 3. Quais os riscos ocupacionais relacionados ao seu processo de trabalho dos enfermeiros do Hemope, você consegue identificar? 4. Existem diferenças no processo de assistência à saúde do trabalhador (exames admissionais e periódicos, imunização, saúde mental, CAT...), relacionadas aos diferentes tipos de vínculos empregatícios? (mesmas garantias trabalhistas? estatutários, CTD, extra); 5. Você considera que o adoecimento físico e emocional do trabalhador influencia na qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde? Se sim, de que forma? 	

6. Fale sobre o processo de capacitação ou educação permanente neste serviço sobre a promoção e proteção da saúde do trabalhador (cronogramas, temas relevantes...)

Dimensão 4- Perda das identidades individuais e coletivas

Como você avalia o atual mercado de trabalho/oportunidade de trabalho da enfermagem? (setor público e privado; novas modalidades de vínculos empregatícios existentes (extras, CTD's)

1. Qual a principal forma de seleção de enfermeiros (as) para ingresso Hemope? (concurso público, seleção pública, análise de currículo, outra);
2. Existe percentual estipulado para cada tipo de vínculo empregatício de enfermeiro(a) no Hemope? (estatutário, CTD, extra, outro tipo), se Sim. Quais critérios são utilizados?
3. Existe tempo máximo previamente estipulado para que as escalas de serviços utilizem os plantões extraordinários e CTD's, para suprir as necessidades emergenciais Hemope?
4. Como você avalia a relação entre vínculos flexíveis (extra, CTD) e a precarização social do trabalho (ameaças de desemprego, desvalorização dos trabalhadores; concorrência entre trabalhadores(as); desassistência aos usuários...)
5. A partir da sua experiência, quais as repercussões que os diferentes tipos de vínculos, acarretam para a assistência prestada a saúde da população e para o relacionamento entre os (as) profissionais enfermeiras (conflitos, discriminação, disputa, insegurança, rotatividade).

Dimensão 6- A crise do Direito do Trabalho.

Indicador 1. Vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais-vínculo trabalhista.

1. Você poderia falar as principais formas de seleção de enfermeiros, tipo de vínculo, média salarial e jornada de trabalho aqui no HEMOPE?
2. Como você avalia a relação de trabalho (vínculo) dos enfermeiros no HEMOPE?
3. Você considera que esses variados vínculos laborais aqui no HEMOPE, (CTD, plantão extra, estatutário) vêm ocasionando algum prejuízo para a assistência prestada por esse serviço e para o relacionamento entre as enfermeiras? (conflitos, discriminação, disputa, insegurança, rotatividade).

ANEXO G- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTÃO DO TRABALHO DA SES/PE

Identificação			
Entrevistadora: _____			
Data: / /	Início da entrevista (hrs.) _____		
Entrevistado: _____			
Sexo: () M () F	Idade: _____	Graduação: _____	Ano de formação: _____
Qual cargo atua na SES/PE? _____			
Há quanto tempo atua neste cargo? _____			
Qual foi a forma de seleção para o cargo que atua? _____			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a principal forma de seleção de enfermeiros (as) para ingresso nos serviços de saúde do estado? (concurso público, seleção pública, análise de currículo, outra) 2. Existe percentual estipulado para cada tipo de vínculo empregatício de enfermeiro(a) nos serviços do estado? (estatutário, CTD, extra, outro tipo) 3. Existe tempo máximo previamente estipulado para que as escalas de serviços utilizem os plantões extraordinários e CTD's, para suprir as necessidades emergenciais nos serviços de saúde do estado? 4. Existem diferenças salariais entres os vínculos empregatícios (estatuário, CTD, extra, outro) de enfermeiros (as) nos serviços de saúde do estado, atuando na mesma função? 5. Existem diferenças nos direitos trabalhistas de enfermeiros (as) com vínculos diferentes (estatutário, CTD, extra, outro) nos serviços de saúde do estado? (Férias, licença maternidade ou paternidade, licença para tratamento de saúde, décimo terceiro salário, férias remuneradas, previdência social); 6. Qual sua opinião sobre as novas modalidades de vínculos empregatícios (extras, CTD's) dos enfermeiros(as) nos serviços de saúde do estado de Pernambuco? 7. Na sua opinião qual o principal motivo da institucionalização de vínculos nos serviços de saúde do estado? (extras, CTD) 8. Explique, caso considere ou não, que vínculos flexíveis (extra, CTD) trazem ameaça de desemprego e desvalorização para os trabalhadores enfermeiros (as). 9. Você considera que existe competitividade e desarmonia entre os trabalhadores enfermeiros (as), relacionados com os tipos de vínculos empregatícios diferentes, atuando na mesma função? 			

10. Quais os impasses para realizações de concursos públicos que contemple a quantidade suficiente de cargos, evitando dessa forma os vínculos flexíveis?
11. Existe cronograma de capacitação ou educação permanente em serviços de saúde do estado, especialmente no Hemope, sobre a promoção e proteção da saúde do trabalhador?
12. Qual fluxo de assistência ao trabalhador é realizado em casos de acidentes de trabalho, no Hemope?
13. Realiza-se o Cadastro de Acidentes do Trabalho (CAT)?
14. Existe diferenças nesse processo de assistência e CAT, relacionadas aos diferentes tipos de vínculos empregatícios? (estatutários, CTD, extra)
15. Você considera que o adoecimento físico e emocional do trabalhador influencia na qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde? Se sim, de que forma?
16. Explique se considera implantada ou não, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos serviços de saúde do estado, especialmente nos serviços de saúde do estado.

Término da entrevista (hrs.) _____

AGRADECEMOS PELA SUA CONTRIBUIÇÃO NA PESQUISA

Assinatura do entrevistado