



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA

**O TRABALHO EM SAÚDE: OS FIOS QUE TECEM A
(DES)REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS**

**RECIFE
2009**

MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA

O TRABALHO EM SAÚDE: OS FIOS QUE TECEM A (DES)
REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Tese apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor do Curso de Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Cristina de Souza Vieira

RECIFE
2009

Souza, Moema Amélia Serpa de

O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos / Moema Amélia Serpa de Souza. – Recife : O Autor, 2009.

257 folhas : abrev. e siglas.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2009.

Inclui bibliografia.

1. Trabalho (Brasil). 2. Saúde. 3. Serviço público (Brasil). 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

364.444
362

CDU (1997)
CDD (22.ed.)

UFPE
CSA2010-077

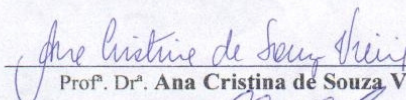


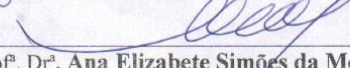
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO

Ata da Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco.

Às dezoito horas do dia trinta de maio do ano de dois mil e nove, na sala dos professores de Serviço Social (C-12.1) do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa de Tese intitulada: ***"O trabalho em saúde: os fios que tecem a desregulamentação do trabalho nos serviços públicos"***, de autoria de **Moema Amélia Serpa Lopes de Souza**, a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Doutora em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **10608/2009**, foi constituída pelos seguintes professores: **Ana Cristina de Souza Vieira, Doutora em Serviço Social**, Orientadora e Examinadora Interna; **Ana Elizabete Simões da Mota Fernandes, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Juliane Feix Peruzzo, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Mônica Rodrigues Costa, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Angela Santana do Amaral, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Maria de Fátima Gomes de Lucena, Doutora em Ciências Sociais**, Suplente Interna; **Jordeana Davi Pereira, Doutora em Serviço Social**, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a Dra **Ana Cristina de Souza Vieira**, presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Tese. Concluída a apresentação, a candidata foi argüida pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu aprovada a Tese com as seguintes menções: **Drª Ana Cristina de Souza Vieira : aprovada** ; **Drª Ana Elizabete Simões da Mota Fernandes : aprovada** ; **Drª Juliane Feix Peruzzo : aprovada** ; **Drª Mônica Rodrigues Costa : aprovada** ; **Drª Angela Santana do Amaral : aprovada** E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 30 de maio de 2009.

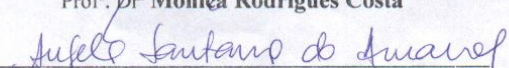
BANCA:


Profª. Drª. Ana Cristina de Souza Vieira

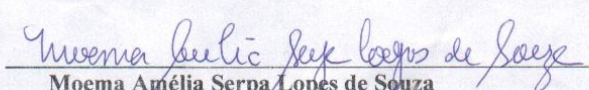

Profª. Drª. Ana Elizabete Simões da Mota Fernandes


Profª. Drª. Juliane Feix Peruzzo


Profª. Drª Mônica Rodrigues Costa


Profª. Drª Angela Santana do Amaral

DOUTORA:


Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos que
sonham com um Sistema de Saúde
gratuito e universal para o Brasil e,
aos trabalhadores da saúde que no dia a dia
continuam lutando para construí-lo.*

AGRADECIMENTOS

Trilhar novos caminhos e construir uma trajetória profissional que assuma a direção de produzir novos conhecimentos tem sido um grande desafio, mas o companheirismo, a solidariedade e o afeto foram parceiros inseparáveis deste momento e não é possível deixar de agradecer esta parceria à:

Flávio, Pedro e João, minha família, que com carinho, paciência e solidariedade suportaram minhas ausências. Meus eternos amores.

Minha orientadora, Ana Vieira, pela confiança e liberdade que me permitiu trilhar meus próprios caminhos.

Banca de Qualificação, em especial às professoras Ângela Amaral e Ana Elizabete Mota pelas contribuições teóricas que permitiram à crítica deste trabalho

Amigas, de hoje e sempre, Jesus Silva e Selma pela parceria acadêmica e afetiva.

Meus irmãos e cunhadas pelo carinho de sempre, mas em especial a Márcio e Flávia que me acolheram no aconchego da sua casa.

Família Alves Vieira, pela adoção como filha e irmã e pela certeza de contar sempre com o carinho e solidariedade de todos.

Ao CNPq, órgão que através da UFPE, concedeu-me uma bolsa indispensável para a manutenção das condições materiais para a realização desse estudo.

Minhas companheiras do departamento, Francinete e Thereza, pelo apoio na reta final da conclusão deste estudo.

A Jordeana pelas contribuições teóricas e afetivas necessárias a construção deste trabalho.

Aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família que possibilitaram, com seus depoimentos, as reflexões aqui empreendidas.

Por fim, agradeço ao todos aqueles que contribuíram com suas críticas construtivas e sugestões para a realização deste trabalho.

*“Só se pode viver perto de outro,
e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio,
se a gente tem amor.
Qualquer amor, já é um pouquinho de saúde,
um descanso na loucura”.*

Guimarães Rosa

RESUMO

A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde – SUS evidenciou, a partir dos anos noventa, uma crescente desregulamentação do trabalho no setor público. Sobre um novo ordenamento jurídico, imposto pela Reforma Administrativa do Estado, a gestão da força de trabalho passa a incorporar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial que se materializam em novas prioridades para o sistema de saúde brasileiro e seus mecanismos de incorporação de força de trabalho.

Considerando este contexto, é fundamental investigar este processo de desregulamentação do trabalho estabelecido no campo dos serviços públicos de saúde e sobre que condições esta força de trabalho vem desempenhando suas atividades. O objetivo que orienta este estudo é analisar as formas que o trabalho em saúde assume no contexto de recomposição da força de trabalho nos serviços públicos de saúde, destacando as orientações macro-sociais que vêm determinando as políticas de gestão do trabalho no setor saúde e suas expressões na Estratégia Saúde da Família.

A referência empírica de análise tem como base o processo de desregulamentação das relações e condições de trabalho na realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande/PB.

Os argumentos teóricos e analíticos apresentados neste estudo ajudam a avançar na problematização e qualificação do debate no campo do trabalho nos serviços e de forma especial, nos serviços públicos de saúde. No momento atual é importante contribuir com um debate que possibilite desmistificar as condições de ampliação do mercado de trabalho e das relações e condições de trabalho impostas pela Estratégia Saúde da Família, revelando as contradições quanto à gestão do trabalho, presentes neste modelo de atenção. É importante desvendar a particularidade da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde de forma que apresente as indicações de seus determinantes e das possibilidades de superação da condição de trabalho precário que envolve os trabalhadores do serviço público de saúde.

Palavras-Chave: Trabalho. Saúde. Sistema Público.

ABSTRACT

The work management in the Public Health System – SUS, showed from the 1990s a raising work desregulation. Under new rules imposed by the State Administrative Reform, the labour management incorporates changes occurred in the labour world and the wordly economy that materialize new priorities for the Brazilian health system and its mecanismos of labour force incorporation. Considering new contexts, it is fundamental to investigate this process of work desregulation established in the health public services field and about what conditions this labour force develops its activities. The objective that orientates this study is to analyse forms that health work assume in the context of labour force replacement in the public health system, highlighting macro-social orientations that determinate policies in the health work management and its expressions in the Family Health Strategy. The empirical reference of analysis has as a base, the process of desregulation in the conditions and relations of work in the Family Health Strategy (ESF) reality in the municipality of Campina Grande, state of Paraiba. This reality allows to infer first that work regulations through public contest brought, in contradiction, incertitudes for this labour force, therefore indefinitions in relation to work management still remain, specially referring salaries aspects, labour conditions and labour rights. Even under public competition that establishes a formal work relation, eventhought this indicates that the vulnerable conditions of work remain considering salary matters, high flexibility and social protection indefinitions relating social insurance rights.

Key words: Labour. Health. Public System.

RESUME

La gestion du Système Public de Santé – SUS a montré durant les années 1990 une augmentation du dérèglement du travail. Sous nouvelles règles imposées par la Réforme Administrative de l'Etat, la gestion du travail incarne les changements du monde du travail et de l'économie mondiale qui matérialisent des nouvelles priorités pour le système de santé brésilien et ses mécanismes d'incorporation de force de travail. Considérant des nouveaux contextes, c'est fondamental vérifier ce processus de dérèglement du travail établi dans le champ du service public de santé sur quelles conditions cette force de travail produit ces activités. L'objet qu'oriente cet étude est d'analyser les formes que le travail de santé assume dans le contexte du remplacement de la force de travail dans le système public de santé, détachant les orientations macro-sociales que déterminent les politiques dans la gestion du travail public et ses expressions dans l'estratégie de la Santé Familiale. La référence empirique d'analyse a comme base le processus de dérèglement dans les conditions et relations de travail dans la réalité de l'estratégie de Santé Familiale (ESF) à Campina Grande, Paraíba, Nordeste du Brésil. Cette réalité permet inférer d'abord que les règlements du travail à travers du concours public ont trouvé en contradiction, des incertitudes pour la force de travail, car les indéfinitions pour cette force de travail continuent, spécialement en ce qui concerne les salaires, les conditions de travail et le droit de travail. Même sous le système de concours public qu'établit une relation formelle de travail, il y a des indicateurs des conditions vulnérables de travail concernant des problèmes de salaires, de la flexibilité et aussi des indéfinitions de droit social.

Mots clés: Travail. Santé. Système public

LISTA DE SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APSF – Associação dos Profissionais do Saúde da Família
AMAB – Associação de Moradores e Amigos do Bairro
BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CAP's – Caixas de aposentadoria e Pensões
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DASP – Departamento de Administração do Serviço Público
DSP – Departamento de Serviço Público
EC- Emenda Constitucional
ESF – Estratégia Saúde da Família
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE – Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado
MP – Medida Provisória
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OS - Organizações Sociais
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDV- Programa de Desligamento Voluntário
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDRE – Plano Diretor de Reforma do Estado
PIB - Produto Interno Bruto
PSF – Programa saúde da Família
RCL - Receita Corrente Líquida

RGF – Relatório de Gestão Fiscal

RJU – Regime Jurídico Único

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SINTAB - Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste da
Borborema

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TST – Tribunal Superior do Trabalho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 AS (RE) CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO PRECÁRIO: AS PARTICULARIDADES DO PROCESSO DE DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO E AS OFENSIVAS DO CAPITAL SOBRE A FORÇA DE TRABALHO.....	24
1.1 A Força De Trabalho no Atual Estágio do Capitalismo Mundializado	26
1.2 Os Processos de Flexibilização e Precarização Determinando as Novas Configurações da Força de Trabalho.....	43
2 A NOVA ERA DO SETOR SERVIÇOS: OS FIOS QUE TECEM A INCORPORAÇÃO DA LÓGICA PRODUTIVA DO CAPITAL AO TRABALHO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS.....	54
2.1 O Setor de Serviços dentro da Reorganização Produtiva do Capital.....	55
<i>2.1.1 Os Serviços: as polêmicas do campo conceitual.....</i>	<i>60</i>
<i>2.1.2 Os serviços na lógica do capital: alguns elementos para o debate.....</i>	<i>65</i>
2.2 Trabalho Produtivo e Trabalho Improdutivo: uma reapropriação na análise do setor serviços.....	73
<i>2.2.1 O trabalho produtivo e o trabalho improdutivo: diferentes enfoques de um debate</i>	<i>75</i>
<i>2.2.2 Os serviços: sua apropriação na lógica do capitalismo contemporâneo.....</i>	<i>80</i>
2.3 O trabalho nos serviços e o trabalho em saúde: aproximando suas particularidades.....	84
2.4 O trabalho nos serviços de saúde e sua lógica mercantil determinando a desregulamentação do trabalho.....	97
3 A (DES) CONSTRUÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL: ENFRENTANDO A CONTRA-REFORMA DO ESTADO E A LÓGICA RACIONALIZADORA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS.....	104
3.1 A intervenção estatal no contexto neoliberal	104
<i>3.1.1 As investidas neoliberais na realidade brasileira</i>	<i>114</i>
3.2 A regulamentação do trabalho: seu o processo de construção e reconstrução.....	122
3.3 A Reforma Gerencial dos anos 90: uma estratégia para desregulamentação do trabalho	132

3.3.1 O discurso da desregulamentação do trabalho expresso na Reforma Gerencial de FHC	139
3.3.2 A Reforma Gerencial no campo da saúde	150
3.4. A (des) regulamentação do trabalho: a Reforma Gerencial e suas novas referências para a regulamentação do trabalho.....	152
3.4.1 A força de trabalho no campo da saúde e as requisições da flexibilização do trabalho	160
4 O TRABALHO EM SAÚDE: AS EXPRESSÕES CONCRETAS DA (DES) REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	166
4.1 O município como gestor da força de trabalho em saúde: as peculiaridades de Campina Grande/PB	167
4.1.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: a configuração da desregulamentação das relações de trabalho	173
4.1.2 Novos parâmetros para a regulamentação do trabalho na ESF: algumas evidências da permanência da precarização	178
4.2 A Estratégia Saúde da Família de Campina Grande e sua força de trabalho: O perfil das equipes de saúde e as novas exigências para o trabalho em saúde.....	181
O perfil das Equipes de Saúde da Família	181
4.2.2 As equipes de saúde e as novas requisições para o trabalho	189
4.3 Os fios que tecem a flexibilização e precarização do trabalho no serviço de saúde – os indicativos da (des) regulamentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família	194
4.3.1 A particularidade do processo de trabalho.....	195
4.3.2. A particularidade das relações de trabalho	212
4.3.3 A particularidade das condições de trabalho	224
4.3.4 A particularidade da organização política dos trabalhadores	238
CONSIDERAÇÕES FINAIS	244
REFERÊNCIAS	252

INTRODUÇÃO

No campo da saúde, neste contexto de avanço do capitalismo mundializado, exigem uma maior dimensão os estudos com enfoques econômicos e sociais. É necessário dimensionar as tensões postas neste campo de estudo, no momento em que a saúde assume características de um bem comercializável, de uma mercadoria, resultado da forte ingerência da lógica neoliberal que demarca sua ênfase no mercado, na iniciativa privada e na desregulamentação da economia.

O contexto atual expressa a implantação de um projeto societário que defende um liberalismo monetarista, fundando uma nova ordem burguesa, tendo como eixo central um Estado diminuído em sua base social, mas eficaz para atender às necessidades do capital.

No setor saúde, a imposição da lógica do mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela de consumidores de serviços de saúde. Este novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas.

Na medida em que a saúde passa a ser funcional ao processo de acumulação do capital, é fundamental que os aspectos que envolvam a organização e estruturação da força de trabalho em saúde sejam analisados, reconhecendo as condições estruturais que determinam o modelo de gestão do trabalho adotado e como ele orienta o trabalho no setor saúde.

Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde a mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho econômico, a direção das ações de saúde assume uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais.

É na contramão desta tendência que se impõe o desafio de analisar e fomentar uma discussão, dentro do amplo e complexo campo da saúde, de um dos eixos centrais no desenvolvimento das ações de um sistema de saúde – a gestão da força de trabalho, demarcada por um forte processo de desregulamentação do trabalho expressa pela flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

O sistema público de saúde brasileiro, tradicionalmente, tem tangenciado as problemáticas que envolvem os trabalhadores de saúde¹. Em que pese o setor saúde ter a particularidade de utilizar de forma intensa o fator trabalho, esta centralidade não tem se convertido em políticas de gestão do trabalho que respondam às exigências de uma atuação qualificada para a prestação dos serviços, a partir de condições e relações de trabalho dignas.

Ao longo de sua implantação, o SUS vem enfrentando um conjunto de problemas que se constitui em entraves a sua consolidação, tais como: recursos financeiros insuficientes e gastos mal racionalizados, pouca participação dos estados no financiamento, deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, baixa resolutividade nas ações, limitações no acesso aos serviços e a precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2003).

Dentre estes aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que assume a centralidade da discussão neste estudo, que é a *desregulamentação do trabalho*.

Esta desregulamentação se evidencia pela crescente flexibilização das relações de trabalho empreendida com a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, que a partir de 1994 incorpora as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial. É resultado de um processo de desregulamentação do trabalho que está ancorado na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo determinados pela nova ordem do capital.

A rigor, como analisa Zarifian (2001), o que predomina é uma tendência de evolução convergente entre o setor industrial e o de serviços de forma a atender aos interesses do mercado. Zarifian (2001) afirma que o setor industrial descobre e incorpora a noção de “serviço” e o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento. Neste sentido, sintoniza uma lógica racionalizadora que se espraia para as diferentes atividades caracterizadas de serviços. Impõe-se, deste modo, uma tendência gerencial de adequar a estrutura do setor público ao modelo exigido no mercado privado.

¹ No decorrer deste estudo utilizaremos a denominação de *trabalhadores de saúde* para designar os sujeitos de análise dessa pesquisa. Consideramos que, do ponto de vista clássico, esses trabalhadores são profissionais do Estado, o que o designaria como pequena burguesia. Entretanto, em função do estatuto de assalariado, do Estado ser o empregador e explorador da força de trabalho e, da possibilidade da subjetividade do trabalho o caracterizarem como trabalhadores, politicamente nós o identificamos como trabalhadores.

Nesta direção, as políticas de ajuste recomendadas pelos organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, marcaram a Reforma Administrativa imposta do Estado, instituindo medidas de ajuste e contenção de gastos com a força de trabalho no serviço público. Como recomendação estratégica estas agências propõem o corte de gastos e redução nos investimentos nas áreas sociais. O Banco Mundial afirma que o Brasil já gasta nos serviços públicos de saúde, na proporção do PIB, algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita (CORREIA, 2005).

Segundo as análises de Rizzotto (2000), ocorre uma *flexibilização do SUS* que envolve questões como a redefinição do papel do Estado na gestão do sistema, a imposição de uma “cesta básica” de serviços, a limitação de acesso a serviços de maior complexidade, o favorecimento do setor privado e criação de agências que assumem o papel regulador do Estado.

Para os gestores do SUS as propostas de reformas em torno da flexibilização da gestão do trabalho representaram novas modalidades de relações de trabalho que têm como base os contratos flexibilizados.

Ao longo dos anos de 1990, a gestão do trabalho no SUS evidenciou a desestruturação e desregulamentação do trabalho quando o governo federal promoveu uma drástica redução de seus postos de trabalho, chegando a quase um milhão (COSTA apud CORREIA, 2005, p.141). Neste montante também se incluem postos de trabalho do setor saúde, que passam a ser absorvidos pela instância municipal.

Seguindo esta tendência a política estatal para a saúde expressa no SUS, passa a incorporar duas estratégias fundamentais para implantação deste novo modelo gerencial: a *desregulamentação do trabalho* através da redução de gastos com força de trabalho, pelo mecanismo do desemprego ou a redução dos encargos com o trabalho formal e, a *descentralização das ações de saúde* que atribui ao município ações focalizadas de baixo custo e desloca a demanda por trabalho para estados e municípios.

Nesta direção o que evidenciamos é uma outra conformação desses novos postos de trabalho, caracterizados pela flexibilização das relações de trabalho, através da desregulamentação dos contratos de trabalho e desmonte do arcabouço jurídico protetor dos direitos trabalhistas. A rigor, uma desregulamentação não marcada frontalmente pelo desemprego, mas pela precarização das relações e

condições de trabalho, no momento em que identificamos o incremento do múltiplo emprego, de empregos parciais, de uma relativa queda salarial, principalmente para os trabalhadores de atividades-fins, e da fragmentação no processo de trabalho (BARALDI, 2005).

Podemos indicar também que as condições de precariedade do trabalho em saúde se manifestam em dois níveis: pela presença de vínculos precários de trabalho que atinge todos os trabalhadores do setor nos três níveis de atenção e, pela ausência de condições de trabalho que, entre outras coisas, conduz os trabalhadores à intensificação da jornada de trabalho na busca por um por melhor padrão salarial, uma particularidade nociva do trabalho em saúde e que se expressa no adoecimento precoce dos trabalhadores.

É dentro deste complexo feixe de determinações e transformações que direcionamos as análises deste estudo e elencamos como eixo central desta tese, as (re)configurações da flexibilização e precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que se evidenciam com uma flagrante desregulamentação do trabalho no setor saúde.

A referência empírica de análise desta pesquisa é o processo de desregulamentação das relações e condições de trabalho na realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande/PB. Alguns elementos empíricos justificam a escolha deste universo, quando destacamos que:

- a Estratégia Saúde da Família de Campina Grande foi implantada em 1994, um dos municípios pioneiros no país, o que permite/possibilita avaliar e acompanhar seu processo histórico de consolidação. Teve sua emergência, juntamente com outros municípios brasileiros, como experiência piloto e com sua gênese focada nas idéias iniciais de implantar um modelo de atenção básica que fosse capaz de reverter as iniquidades e garantir condições de acessibilidade, com qualidade;

- a Estratégia Saúde da Família de Campina Grande está hoje entre as vinte melhores experiências do país, permitindo desta forma torná-la uma referência e tomá-la como universo de análise;

- a Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, tradicionalmente, recorreu às formas de gestão da força de trabalho estabelecidas no âmbito do SUS - os contratos de trabalho flexíveis, no caso com Associações de Moradores, forma explícita de terceirização. Em 2006, respondendo a uma exigência legal, o município

realiza um concurso público para regularizar os vínculos trabalhistas de todos os trabalhadores da ESF, exceto os Agentes Comunitários de Saúde, que foram efetivados pela Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006. A ocorrência deste concurso público revela uma nova conformação nas relações de trabalho ao possibilitar a emergência de novas contradições no campo da gestão do trabalho.

A aproximação com essa realidade nos permite inferir que a ocorrência do concurso trouxe, contraditoriamente, um conjunto de incertezas para esta força de trabalho, pois as indefinições quanto à gestão da força de trabalho ainda permanecem. Mesmo com a ocorrência do concurso público, que estabelece uma relação formal de trabalho para o serviço público, ainda há indicativos que a condição de vulnerabilidade do trabalho permanece, considerando as questões salariais, a alta rotatividade, as condições de trabalho e a indefinição da proteção social no que se refere aos direitos previdenciários.

Esta realidade apresenta uma condição particular que nos possibilitou conhecer as formas que o trabalho flexibilizado e precário assume na Estratégia Saúde da Família, apresentando os indicadores dessa conformação de precarização, através da análise do processo, das relações e das condições de trabalho.

Para avançar nas reflexões já desenvolvidas sobre a temática da desregulamentação do trabalho no serviço público de saúde, este estudo buscou responder às seguintes questões:

- Que formas o trabalho em saúde assume no contexto de recomposição da força de trabalho nos serviços de saúde e que conformação assumem as relações, os processos e as condições de trabalho que envolvem o trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família?

- De que forma as atividades dos serviços públicos de saúde incorporam os processos de flexibilização e precarização do trabalho, qual a sua particularidade?

- De que forma os trabalhadores enfrentam este processo de desregulamentação do trabalho no campo da saúde?

A partir dessas questões, delimitamos duas hipóteses de trabalho que nortearam teoricamente a pesquisa, tendo como base esses argumentos estreitamente ligados ao objeto pesquisado:

1. O trabalho precário é uma conformação das relações de trabalho na atual fase do capitalismo e o serviço público incorpora as determinações deste contexto como parte da gestão da força de trabalho. Neste sentido, o trabalho humano, por assumir uma centralidade do campo da saúde, sofre as ingerências da lógica do capital que, como não pode suprimir o trabalho, coloca-o em condição de aviltamento. Nesta medida, desqualifica e desvaloriza o trabalho humano determinando o valor da força de trabalho e impondo sua condição de precariedade, ao tempo em que exerce o controle da força de trabalho pelo Estado.

2. A desregulamentação do trabalho no serviço público de saúde se expressa nos processos de flexibilização e precarização do trabalho que assumem uma condição particular na Estratégia Saúde da Família, determinada pela forma de organização dos processos de trabalho, pelas relações estabelecidas, pelas condições de trabalho vivenciadas e pelas formas de organização e mobilização desses trabalhadores.

As análises propostas nesta investigação exigiram um exercício de aproximações sucessivas à problemática central de estudo. Este exercício metodológico ocorreu, com base em dois movimentos que em unidade possibilitaram o momento da síntese, quais sejam: a *aproximação analítica*, que possibilita a organização e sistematização dos dados sobre a realidade, construindo/reconstruindo as informações que envolvem o objeto de estudo; a *aproximação ao concreto-real*, que se materializa no conhecimento *in loco* da realidade, através da escuta dos sujeitos informantes indicados como fonte de investigação (PADILHA, 2006).

A opção para apreender o real e problematizá-lo teoricamente, estabelecendo as mediações necessárias à interpretação e análise do objeto deste estudo demandou uma pesquisa bibliográfica, documental e empírica, fundamental e decisiva para apreensão do real e um processo de análise e problematização, reconhecendo que o empírico não se apresenta em toda a sua totalidade e, por si só, não explica o real.

Partindo dessas referências, apresentamos a escolha das fontes de pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a base temporal que integram esta abordagem.

Inicialmente, recorreremos a uma pesquisa documental, privilegiando como fonte de dados o arcabouço jurídico que ordena as relações de trabalho no serviço

público brasileiro, a legislação referente à gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e à institucionalização da Estratégia Saúde da Família. Utilizamos os Relatórios das Agências Financiadoras Internacionais da ESF, e documentos que permitiram conhecer a configuração do trabalho da ESF em nível local, como relatórios, atas, projetos, programas, boletins, resoluções, entre outros.

Este conjunto de informações nos permitiu um limite de análise, apontando alguns determinantes do processo de desregulamentação do trabalho no serviço de saúde e seus desdobramentos em nível local. Entretanto, foi subsidiado pela riqueza do conhecimento *in loco* da realidade, através da escuta de alguns informantes indicados como fonte de investigação.

Para apreender as manifestações expressas pela realidade de trabalho na ESF de Campina Grande, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores, que possibilitaram revelar a memória institucional da ESF e as atuais relações e condições de trabalho.

Considerando que a ESF contava com aproximadamente 80 equipes de saúde, no momento da realização da pesquisa, isto representa uma estimativa de 700 a 800 trabalhadores atuando nesta atividade. É um número expressivo de trabalhadores que apresenta uma composição heterogênea e diversificada expressa por especialidades e saberes diversos. Esta equipe técnica da ESF de Campina Grande apresenta a seguinte composição: enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e o agente comunitário de saúde - ACS. Esta composição corresponde ao que denominamos de uma equipe técnica completa, nos moldes propostos para as ações de saúde no município.

No entanto, atualmente existem diferenciações nesta composição, pois nem todas as equipes contam com todo o conjunto dos profissionais, estando ausente das equipes, geralmente, o cirurgião-dentista e assistente social que, muitas vezes, acompanham as ações de forma parcial, tendo que dar cobertura a duas equipes, como é o caso do cirurgião-dentista e a quatro equipes ou mais, como é o caso do assistente social.

Ao levarmos em conta a heterogeneidade deste universo e a amplitude da base investigativa (aproximadamente 700 trabalhadores) optamos por uma investigação que contemplasse uma parcela deste universo, a partir de uma amostra. Para chegarmos a um patamar de informantes que permitisse uma

execução criteriosa da investigação, constituímos uma amostra estratificada, contendo as diferentes categorias profissionais incluídas nesta atividade, respeitando o grau de escolaridade e sua especialidade. Para tanto, foram selecionadas as equipes de saúde, respeitando a distribuição geográfica por distritos sanitários com o qual o município trabalha, no caso, seis distritos sanitários. Desta forma, foram selecionados trabalhadores de seis equipes de saúde que atuam em diferentes áreas do município e, certamente sob condições objetivas de trabalho que apresentaram similaridades bem como particularidades. A seleção dessas equipes respeitou os seguintes critérios:

- na equipe de saúde devia atuar todos os profissionais que formam a “equipe técnica completa”, ou seja; enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e o agente comunitário de saúde. Esta composição permitiu um enfoque dos condicionantes do trabalho que envolvem coletivamente esses trabalhadores, sem a intenção de focar especificamente uma única categoria profissional;

- a equipe de saúde devia ter uma ação conjunta a, no mínimo 1 (um) ano. Isto se deve à realização de recente concurso público e à possível rotatividade de profissionais na equipe, o que possibilitaria a inclusão de informantes que não registrassem experiência suficiente para atender aos interesses do objeto de estudo em foco.

- duas equipes de saúde selecionadas deveriam integrar a zona rural do município para expressar as diversidades e particularidades da realidade de trabalho neste âmbito.

- no caso da unidade de saúde selecionada atuar com mais de uma equipe, foram priorizados os informantes que tinham experiência anterior em saúde da família, independentemente de onde ela tivesse sido realizada.

Estes critérios permitiram, ao mesmo tempo, uma aproximação direcionada aos objetivos deste estudo, respeitando a diversidade de situações que envolvem o trabalho em saúde na realidade.

A partir da seleção das equipes de saúde a serem abordadas, recorreremos a uma amostra estratificada que contemplou um trabalhador de cada categoria profissional, respeitando os níveis de escolaridade e formação profissional. De cada equipe de saúde foram abordados um trabalhador com formação

universitária, outro com formação técnica e outro com formação fundamental. Desta forma, foram entrevistados 3 (três) trabalhadores por equipe.

Para delimitar com mais clareza estes componentes da amostra, formamos um subgrupo que representou cada equipe de saúde e que comportava as mesmas características do universo, respeitando as diferentes formações profissionais. Formamos 6 (seis) subgrupos com as seguintes composições:

1 - enfermeira, auxiliar de consultório dentário e ACS; 2 - médico, auxiliar de enfermagem e ACS; 3 - cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem e ACS; 4 - assistente social, auxiliar de consultório dentário e ACS; 5 - médico, auxiliar de consultório dentário e ACS; 6 - enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS;

Esta composição leva em consideração que os médicos e enfermeiras têm maior presença entre os trabalhadores, com formação universitária nas equipes de saúde da família, desta forma, a amostra integra dois trabalhadores de cada especialidade. Outro aspecto importante é que cada equipe de saúde possui de 4 (quatro) a 6 (seis) ACS e que a composição do subgrupo contempla apenas 1 (um); neste caso recorreremos a uma escolha aleatória para que apenas 1 (um) ACS integrasse a amostra. No caso de algum trabalhador impossibilitado de integrar a amostra, ele foi substituído por outro membro da equipe correspondente à sua especialidade.

No decorrer da coleta de dados, optamos por suprimir uma equipe da zona rural, considerando a dificuldade de acesso à unidade de saúde e que o volume de informações coletadas já atendia aos requisitos da pesquisa.

No total obtivemos 15 entrevistas realizadas nos locais de trabalho, registradas, por meio de gravação em MP3 player, previamente autorizada pelos informantes e transcrita na íntegra.

Optamos por não entrevistar os representantes sindicais do SINTAB – Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Paraíba, atual entidade que representa os trabalhadores da ESF, após o concurso. Consideramos que o momento político da entidade inviabilizava a coleta de dados no que se refere especificamente à realidade da ESF. A entidade estava sob intervenção e aguardava uma eleição de diretoria, e no momento estava sendo dirigida por uma comissão provisória.

A base temporal deste estudo refere-se ao período de 2007/2008, período delimitado para realização da pesquisa, mas as entrevistas foram realizadas de abril a agosto de 2008.

Ainda como aspecto fundamental, este estudo está respaldado nas normas éticas da pesquisa aplicada a seres humanos, como recomenda a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, no que se refere ao sigilo das informações coletadas, à garantia do anonimato dos informantes, de possibilitar a pesquisa, a partir de um termo de consentimento livre e esclarecido assinado espontaneamente pelos informantes e com o compromisso de expor e divulgar os resultados com os sujeitos envolvidos na pesquisa. Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba em 10/12/2007, que referendou seu processo de investigação.

A exposição do objeto de estudo foi organizada em quatro capítulos: o primeiro capítulo aborda as particularidades do processo de desregulamentação do trabalho e as ofensivas do capital sobre a força de trabalho, no qual procuramos destacar qual o lugar da força de trabalho no atual estágio do capitalismo contemporâneo. Este enfoque é o ponto de partida para a compreensão das novas exigências para a reconfiguração da força de trabalho no atual estágio do capitalismo contemporâneo, as formas diferenciadas de sua apropriação e as condições que ameaçam a sua sobrevivência.

No segundo capítulo, optamos por delimitar o setor de serviços dentro da reorganização produtiva do capital, discutindo as particularidades da regulamentação de sua força de trabalho projetadas por uma nova conformação do setor serviços dentro das exigências atuais da acumulação do capital. Desta forma, podemos indicar que os serviços públicos, inclusive os de saúde, retratam outra conformação, pois ao tempo que incorporam as novas determinações do setor serviços, integralizam preceitos que antes prevaleciam como orientadores da gestão da força de trabalho na produção industrial e isto se evidencia na incorporação dos processos de flexibilização e precarização do trabalho no setor saúde. A partir das particularidades identificadas nos serviços públicos e das formas que o trabalho em saúde assume no contexto de recomposição da força de trabalho, foi possível identificar, na mediação com os dados empíricos, a conformação que assumem as relações, os processos e as condições de trabalho na realidade específica da Estratégia Saúde da Família. Isto possibilitou uma construção e reconstrução de fundamentos teóricos que problematizam o trabalho em saúde, sua inserção específica no setor de serviços e as configurações de sua força de trabalho.

O terceiro capítulo teve como foco central recuperar os elementos que formalizam a regulamentação e desregulamentação do trabalho no Brasil, confrontando os argumentos da contra-reforma do Estado e a lógica racionalizadora dos serviços públicos. Procuramos indicar os fios que tecem as novas requisições para a intervenção estatal. Neste sentido, buscamos identificar de que forma o Estado responde às novas requisições da acumulação capitalista e como ele traduz isso nos seus mecanismos de intervenção corporificados nas estratégias de desregulamentação do trabalho.

No quarto e último capítulo, apresentamos as reflexões e análises que explicitam as particularidades da desregulamentação do trabalho na ESF através dos discursos dos trabalhadores de saúde, buscando indicar as expressões de flexibilização e precarização presentes no processo, nas relações e nas condições de trabalho, a partir do cotidiano das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande.

Apresentamos ainda algumas considerações finais que expõem argumentos teóricos que ajudam a avançar na problematização e qualificação do debate no campo do trabalho nos serviços e de forma especial, nos serviços públicos de saúde. No momento atual é importante contribuir com um debate que possibilite desmistificar as condições de ampliação do mercado de trabalho e das relações e condições de trabalho impostas pela Estratégia Saúde da Família, revelando as contradições quanto à gestão do trabalho, presentes neste modelo de atenção. É importante desvendar a particularidade da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde de forma que apresente as indicações de seus determinantes e das possibilidades de superação da condição de trabalho precário que envolve os trabalhadores do serviço público de saúde.

As análises que empreendemos aqui vêm reforçar uma tradição dos estudos da pós-graduação em Serviço Social na UFPE que apresentam e problematizam de forma inédita questões emergentes no âmbito dos estudos do Serviço Social, colocando-as para o debate crítico e inovador.

1 AS (RE) CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO PRECÁRIO: AS PARTICULARIDADES DO PROCESSO DE DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO E AS OFENSIVAS DO CAPITAL SOBRE A FORÇA DE TRABALHO

A dinâmica da sociedade contemporânea reflete as profundas transformações vivenciadas no mundo do trabalho ao longo das últimas duas décadas. Essas transformações são decorrentes de um conjunto de significativas modificações nos processos de trabalho, nos padrões e hábitos de consumo, nas inovações tecnológicas e nas relações de mercado de caráter globalizante.

O processo de mundialização que envolve as economias contemporâneas tem revelado uma reconfiguração da organização societária com transformações evidentes no processo de produção e reprodução da vida social, determinadas pela reestruturação produtiva do capital, pela reforma do Estado e pelas formas de enfrentamento da questão social.

Marcada pela transnacionalização e financeirização de capitais, a reestruturação produtiva, associada à ofensiva neoliberal em escala global, redesenha um novo panorama mundial acentuando o pauperismo e a degradação social que afeta principalmente os países periféricos.

Instaura-se uma nova etapa do capitalismo mundial – a mundialização do capital, como afirma Chesnais (1996) instalando-se uma frontal ofensiva contra o trabalho assalariado

A liberalização do comércio exterior e dos movimentos de capitais permitiram impor, às classes operárias dos países capitalistas avançados, a flexibilização do trabalho e o rebaixamento dos salários. A tendência é para o alinhamento nas condições mais desfavoráveis aos assalariados (CHESNAIS, 1996, p.40).

Este autor assegura que a mundialização financeira² assume, neste quadro, a tarefa de garantir a apropriação, “em condições tão regulares e seguras quanto possível, das rendas financeiras - juros e dividendos- numa escala mundial” (CHESNAIS, 2003, p. 53). Esta ascensão do capital financeiro está associada ao ressurgimento de formas, como diz o autor, agressivas e brutas de maximizar a

² Para analisar com profundidade este tema consultar a obra do mesmo autor: CHESNAIS, F. **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã, 1999.

produtividade do capital em nível microeconômico, a começar pela produtividade do trabalho. Uma produtividade do trabalho, alicerçada numa combinação de modalidades clássicas de apropriação da mais-valia, tanto absoluta como relativa, utilizadas sem nenhuma preocupação com as conseqüências no nível de emprego, para o acelerado aumento do desemprego, ou com os mecanismos viciosos ditados pelas altas taxas de juros (CHESNAIS, 1996). Ele é categórico em dizer que, “todas as virtudes atribuídas ao ‘toyotismo’ estão dirigidas a obter a máxima intensidade do trabalho e o máximo rendimento de uma mão-de-obra totalmente flexível” (CHESNAIS, 1996, p. 17).

Atendendo a esta racionalidade do capital, “flexibilizar” passa a ser a pedra de toque da reestruturação capitalista. Alves (2006, p. 21), destaca que “uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é sempre ‘flexibilizar’ as condições da produção – principalmente as da força de trabalho”. E é esta flexibilidade do trabalho, expressa pela capacidade de o capital “tornar domável, complacente e submissa a força de trabalho” (ALVES, 2006, p.25) que assume significado nas estratégias atuais de acumulação do capital.

Esta conformação societária que se configura neste momento suscita uma pertinente preocupação, que será problematizada no decorrer deste capítulo, que tem como foco central analisar e explicitar: quais as novas exigências para a reconfiguração da força de trabalho no atual estágio do capitalismo contemporâneo?

Neste sentido, este estudo exige aproximações teóricas que permitam responder a esse questionamento, de forma a indicar as particularidades que envolvem a força de trabalho, as requisições para sua incorporação no mercado de trabalho e as condições e relações de trabalho a que está submetida no atual contexto.

Identificar e reconhecer estas novas requisições para a força de trabalho, num contexto mais geral, indicará as tendências e condicionalidades também da força de trabalho inserida no setor público de saúde e servirá de fio condutor para revelar as especificidades do processo de desregulamentação do trabalho neste setor.

1.1 A Força de Trabalho no Atual Estágio do Capitalismo Mundializado

Diferentes perspectivas de análise³ procuram explicações para demarcar as novas requisições para a força de trabalho no atual contexto. O desafio se impõe, no momento em que a perspectiva de análise que subsidia este estudo, tem que incorporar as tendências econômicas, sócio-políticas que explicam e determinam as novas/atuais configurações da força de trabalho no âmbito do setor de serviços e, de forma mais específica, nos serviços públicos de saúde.

Este será o grande desafio, realizar as aproximações analíticas que permitam apreender o real e problematizá-lo teoricamente, construindo e reconstruindo as informações que envolvem nosso objeto de estudo. Um exercício que não se esgota neste capítulo, mas que permeia todo o momento de síntese desta tese. Pensamos que este processo de construção exige localizar, referenciar, reconhecer as tendências e determinações macro-sociais que, a nosso ver, definem e redefinem o nosso objeto de estudo.

Tendo como parâmetro que as novas condições de acumulação do capital implicam numa nova sociabilidade, que presenciamos a era da racionalização do trabalho vivo e da fragmentação do trabalhador coletivo, pressupomos que emergem novas necessidades e novas exigências para os indivíduos que têm como fonte única de sobrevivência, a venda de sua força de trabalho.

Parece lugar comum um enfoque que centraliza a *força de trabalho* enquanto categoria analítica, que em verdade tem sido tematizada por diversos estudos que debatem sobre as mutações ocorridas na classe trabalhadora nas últimas décadas. Entretanto, parece-nos fundamental ter como ponto de partida a compreensão do lugar que ocupa a força viva de trabalho, as formas diferenciadas de sua apropriação e as condições que ameaçam a sua sobrevivência digna, pensando ser um caminho para processar nossas aproximações com o real.

Castel⁴ (2001) nos ajuda a pensar sobre a relevância deste enfoque, quando discute a sociedade salarial, e ressalta que:

³ A temática do trabalho é abordada por diferentes autores e sob diferentes enfoques, dos quais podemos citar Alves (2000), Antunes (2000, 2006), Gorz (1989), Harvey (1994), Lessa (2001), Offe (1994), Vasapollo (2006). O recurso a esses autores irá depender da opção analítica do estudo.

⁴ Consideramos que invocar um autor não significa necessariamente compartilhar ou desenvolver suas concepções. Desta forma, a referência a obra de Robert Castel, “As metamorfoses da questão

A caracterização sócio-histórica do lugar ocupado pela condição de assalariado é necessária para mensurar a ameaça de fratura que assombra as sociedades contemporâneas e empurra para o primeiro plano as temáticas da precariedade, da vulnerabilidade, da exclusão, da segregação, do desterro, da desfiliação [...] (CASTEL, 2001, p.22).

A rigor, na direção dessa discussão serão revelados os processos que envolvem e determinam as “novas” formas de domínio do capital sobre o trabalho. É importante explicitar a forte onda de ações destrutivas contra a força humana de trabalho, empreendidas por uma lógica societal que privilegia a produção de mercadorias e a valorização do capital.

Há uma significativa produção teórica no campo das análises críticas que já indicam as tendências destas novas requisições para a força de trabalho. A exemplo das contribuições de Antunes (2000; 2006), quando argumenta que vem se configurando uma *nova morfologia do trabalho*. Ele categoriza como uma forma de *ser do trabalho* expressa por um desenho heterogêneo, polissêmico e multifacetado da *classe que vive do trabalho*. Analisa a forte presença da *informalização do trabalho*, que integra trabalhadores de diferentes ramos das atividades econômicas em relações de trabalhos instáveis e desprotegidas socialmente. Neste aspecto, Tavares (2004) também acrescenta que há uma funcionalidade desta força de trabalho informal ao modelo de acumulação flexível atendendo aos requisitos da produção capitalista mundializada. A autora argumenta que o processo de flexibilização foi fundamental para a intensificação do desemprego e a reemergência de velhas formas de trabalho precarizado. Como tendência, aponta o deslocamento de muitos postos de trabalho do núcleo formal para a informalidade, cumprindo este trabalho a mesma função para o capital, a garantia da produtividade/lucratividade, sem os custos sociais pertinentes à força de trabalho e mascarando o nível do desemprego (TAVARES, 2004).

Um outro argumento é apresentado por Vasapollo (2004;2006), ao discutir o *trabalho atípico* que exprime a força de trabalho mediada por uma relação salarial sem garantias formais e contratuais que caracterizam a desregulamentação do trabalho e o empurram para a precariedade. O autor alerta ainda que esta nova

social: uma crônica do salário” tem neste momento uma abordagem pontual em virtude de sua pesquisa empírica contribuir com as análises da caracterização das condições da força de trabalho no atual estágio do capitalismo. Entretanto, não coadunamos com as análises conclusivas de seu estudo.

condição de trabalho esteja sempre perdendo direitos, garantias sociais e mesmo democracia (VASAPOLLO, 2004).

Resguardadas as nossas restrições às análises de Castel (2001, p. 526), podemos destacar em sua análise a identificação de uma condição de precariedade e insegurança do trabalho agravada pelo desemprego que impõe uma vulnerabilidade social e uma condição de “*desfiliação*” social. Este autor argumenta que ocorre um processo de “*desestabilização dos estáveis*”, da constituição de indivíduos que assumem a posição de “*supranumerários*”, como diz o autor, de *inúteis para o mundo*.

Outra contribuição que pode ser destacada são as análises de Alves (2005), que apresenta a força de trabalho ameaçada por uma *subproletarização tardia*. Ela é caracterizada por uma *nova precariedade do trabalho assalariado*, que atinge trabalhadores não apenas dos setores tradicionais da produção, seja da indústria ou dos serviços, mas, sobretudo, os setores modernos da produção capitalista. Uma *subproletarização tardia* constituída pelos trabalhadores assalariados em tempo parciais, temporários ou subcontratados, sem direitos, oprimidos e empobrecidos, que juntamente com os trabalhadores assalariados estáveis, em tempo integral e protegidos, vão conformar o *novo complexo do trabalho* adequado à lógica da acumulação flexível.

Há ainda outro argumento, analisado por Mészáros (2006), explicitando que este é um momento em que se impõem práticas de trabalho, a exemplo da flexibilização, que conduz à desumanizadora precarização da força de trabalho. Ele enfatiza que a real selvageria do sistema capitalista continua inacabada, “não só porque expulsa mais e mais pessoas do processo de trabalho, uma contradição típica, como também prolonga o tempo de trabalho, aonde quer que o capital possa ir” (MÉSZARÓS, 2006, p.34).

A rigor, esses aspectos sucintamente apresentados, já indicam as tendências assumidas pela lógica de apropriação da força de trabalho, e possibilitam visualizar as exigências e requisições colocadas à força de trabalho, revelando novas e antigas formas de subordinação do trabalho ao capital, que pretendemos problematizar neste momento.

Para que esta discussão seja incorporada a este estudo é fundamental explicitar os fundamentos que auxiliam na análise da categoria *força de trabalho*. Neste sentido, retomaremos algumas análises já produzidas neste campo de forma

que permitam uma interlocução que, ao tempo em que nos ajude a refletir sobre o nosso objeto de estudo, faça avançar nas discussões que envolvem as contradições da inserção da força viva de trabalho nos processos de produção de bens e serviços.

Partimos de um ponto fundamental da concepção de *força de trabalho* que orienta nossas análises. Desta forma, é necessário nos apropriarmos dos estudos de Marx (1988), bem como de marxistas contemporâneos que reatualizam suas reflexões teóricas a partir das determinações atuais.

Em, O Capital, Marx (1988) descreve a *força de trabalho* como uma mercadoria especial⁵, expressa pela capacidade humana de executar trabalho. Como ele mesmo denomina,

Por força de trabalho ou capacidade de trabalho compreendemos o conjunto de faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie (MARX, 1988, p.187).

Esta mercadoria *força de trabalho* exprime peculiaridades, mas como todas as outras, tem um valor que é determinado pelo tempo de trabalho necessário à sua produção, e por conseqüência, à sua reprodução. Como afirma Marx (1988, p. 191), “enquanto valor, a força de trabalho representa apenas determinada quantidade de trabalho social médio nela corporificado”. É a ação do individuo vivo, desta forma, a produção da força de trabalho consiste em sua manutenção e reprodução.

Este fundamento está explícito ao considerar que:

O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho reduz-se, portanto, ao tempo de trabalho necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção de seu possuidor. A força de trabalho só se torna realidade com seu exercício, só se põe em ação no trabalho (MARX, 1988, p.191).

⁵ Marx ao analisar no capítulo IV, do volume I do Capital – A transformação do dinheiro em capital, ele afirma que a mudança do valor do dinheiro que se pretende transformar em capital não pode ocorrer no próprio dinheiro, desta forma: “Para extrair valor do consumo de uma mercadoria, nosso possuidor de dinheiro deve ter a felicidade de descobrir, dentro da esfera da circulação, no mercado, uma mercadoria cujo valor-de-uso possua a propriedade peculiar, de ser fonte de valor, de modo que consumi-la seja realmente encarnar trabalho, criar valor, portanto. E o possuidor de dinheiro encontra no mercado essa mercadoria especial: é a capacidade de trabalho ou força de trabalho”(MARX, 1988, p.187).

Nos argumentos de Mandel (1978), ele acrescenta que as despesas de manutenção da força de trabalho correspondem ao valor da força de trabalho, e que a mais-valia constitui a diferença entre o valor produzido pela força de trabalho e as suas próprias despesas de manutenção⁶. Ele afirma que, “o valor produzido pela força de trabalho é mensurável unicamente pela duração desse trabalho” e que num regime capitalista “o grau de produtividade do trabalho é tal que as despesas da manutenção do trabalhador são sempre inferiores à quantidade do valor produzido de novo” (MANDEL, 1978, p.21).

Marx (1988) ainda atribui uma peculiaridade ao elemento histórico e moral que entra na determinação do valor da força de trabalho e que a distingue das outras mercadorias. Considera que as necessidades de subsistências e o modo de satisfazê-las são produtos históricos determinados por diversos fatores, dentre eles, o grau de civilização de um país e, de forma particular, as condições em que se formou a classe trabalhadora, com seus hábitos e exigências peculiares. “Para um país determinado, num período determinado, é dada a quantidade média dos meios de subsistência necessários” (MARX, 1988, p. 191).

Outro elemento peculiar que Marx destaca nesta mercadoria *força de trabalho*, é que seu valor-de-uso⁷ não se transfere de imediato para seu comprador, ele “estava determinado antes de ela entrar em circulação, pois despendeu-se determinada quantidade de trabalho social para a produção da força de trabalho, mas seu valor-de-uso só existe com sua exteriorização posterior.”(MARX, 1988, p.194). Significa que o valor da força de trabalho só é pago depois de ter sido despendida, executada, colocada em ação. O trabalhador, na verdade, adianta ao

⁶ Mandel acrescenta que é o capitalista que compra a força de trabalho do operário, e em troca do salário, “apropria-se de todo o produto fabricado por esse operário, de todo o valor novamente produzido que se incorpora no valor desse produto”. (1978, p.21)

⁷ Para explicitar melhor esta categorização de valor de uso e valor de troca referida por Marx e que esta implícita na sua profunda discussão sobre a Lei do valor, optamos por sintetizá-la a partir das reflexões de Mandel (1978) quando este argumenta que uma mercadoria é um produto “que não foi criado com um fim de ser consumido diretamente, mas com o fim de ser trocado no mercado”, desta forma toda mercadoria deve ter, portanto, “simultaneamente, um valor de uso e um valor de troca” (1978, p.8). Seguindo esta lógica, ele argumenta que “todo produto do trabalho humano deve ter, normalmente, uma utilidade, deve poder satisfazer uma necessidade humana”, o que assegura que “todo produto do trabalho humano possui um VALOR DE USO” (1978, p.7). Entretanto este produto só incorpora valor de troca se for destinado a ser vendido no mercado. Como diz Mandel, o produto do trabalho humano “pode ser produzido, não para consumo directo dos produtores ou das classes poderosas, mas para ser trocado no mercado, para ser vendido. A massa dos produtos destinados a serem vendidos deixa de constituir uma simples produção de valores de uso, para ser uma produção de mercadorias” (p.8). E acrescenta, “só tem valor de troca na medida em que é produzido numa sociedade baseada na troca, numa sociedade onde a troca é vulgarmente praticada” (p.8).

seu comprador o valor-de-uso da sua força de trabalho e permite que seja consumida antes que seja paga, “dá crédito ao capitalista” (MARX, 1988, p. 194).

Na efetivação do processo de trabalho, a *força de trabalho* é o elemento vivo, é quem opera uma transformação direcionada a um determinado fim, num objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos e técnicas de trabalho. Uma força de trabalho que tem a capacidade não só de transformar o objeto sobre o qual opera, mas imprime a este um projeto mental, uma ação já anteriormente pensada. Uma força de trabalho que ao tempo que transforma, cria objetos, produz uma transformação em si mesma. Marx analisa que o processo de trabalho extingue-se ao concluir-se o produto. “O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou [...] O que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto” (MARX, 1988, p. 205).

Marx analisa que o processo de trabalho quando se expressa como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, ele apresenta dois fenômenos característicos, que são: “O trabalhador trabalha sobre controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho” (MARX, 1988, p.209) e este controle se expressa na adequação dos meios de produção, na economia de matéria prima e instrumentos de trabalho, de forma a ser gasto somente o imprescindível à execução do trabalho. Outro fenômeno é que o produto resultante desse processo é propriedade do capitalista, não de seu produtor imediato, o trabalhador. “Ao comprador pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho apenas cede realmente o valor-de-uso que vendeu, ao ceder seu trabalho” (MARX, 1988, p.210). Neste sentido, o processo de trabalho é um processo que ocorre entre coisas que o capitalista compra, entre coisas que lhe pertencem (MARX, 1988).

Braverman (1987, p.57), acrescenta:

Os processos de trabalho ativo que residem em potencial na força de trabalho dos homens são diversos quanto ao tipo, modo de desempenho etc. que para todos os fins práticos podem ser considerados infinitos, tanto mais que novos modos de trabalho podem ser facilmente criados mais rapidamente do que serem explorados. O capitalista acha nesse caráter infinitamente plástico do trabalho humano o recurso essencial para a expansão do seu capital.

A rigor, existe uma potencialidade nesta força viva de trabalho que é apropriada pelo capital e convertida em trabalho excedente. No momento que o processo de produzir mercadorias, excede o processo de produzir valor,

ultrapassado esse ponto, já se constitui a exploração do trabalho não pago que é apropriado pelo capitalista. Marx nos esclarece neste aspecto quando afirma que

O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. Ultrapassado esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais valia (MARX, 1988, p. 220).

Desta forma, “a mais valia se origina de um excedente quantitativo de trabalho, da duração prolongada do mesmo processo de trabalho, tanto no processo de produção de fios, quanto no processo de produção de artigos de ourivesaria”⁸ (MARX, 1988, p.222).

Estes argumentos têm como fundamento que na ordem do capital o processo de trabalho responde a uma unidade em que ao tempo que realiza o processo de efetivação de criação de valores de uso, também realiza o processo de valorização, cria valor excedente. O processo de trabalho é processo de valorização. O processo de trabalho ao efetivar-se produz as mercadorias, meios de subsistência e, ao mesmo tempo, produz mais valia, produz um valor a mais. É o trabalho o único elemento que cria valor, que gera acumulação (MARX, 1988).

É no reconhecimento de que este processo de trabalho assume formas mutáveis que se desenvolvem com base nas formas históricas da produção capitalista, que buscamos explicitar as atuais e diferenciadas formas de apropriação da mercadoria *força de trabalho*.

Para construirmos nossas explicações incorporamos inicialmente o estudo de Paulani (2001) no qual analisa o papel da força viva de trabalho no processo capitalista de produção a partir das mudanças mais recentes nos processos produtivos, como o toyotismo e a produção flexível. Segundo a autora, o estatuto da força viva de trabalho enfrenta duas possibilidades tendencialmente colocadas pelo atual contexto, que sejam: ou um virtual desaparecimento em virtude da expansão tecnológica expressa pelo desenvolvimento da robótica, da informática, e dos processos de automação; ou assume uma posição, não mais como apêndice ou como elemento alienado, mas enquanto co-responsável pela produção, desta

⁸ Nesta citação Marx exemplifica a produção de ouro quando faz referência ao processo de produção e valorização

forma submetida aos imperativos da produção flexível, *just in time*, da qualidade total, da gestão participativa, etc (PAULANI, 2001, p.697).

Essas tendências apresentadas possibilitam um leque de análises e discussões, mas não é objeto deste estudo, nem mesmo da autora citada, argumentar exaustivamente os desdobramentos dessas tendências. É importante destacar os elementos que envolvem as transformações processadas no mundo do trabalho e que conduziram a formas de apropriação diferenciada da força viva de trabalho.

Neste sentido, nossas reflexões se fundam na compreensão de que as exigências colocadas à força viva de trabalho tem uma representação histórica e social determinada pela sua inserção nos processos produtivos e os argumentos apresentados por Paulani (2001) nos auxiliam nesta reflexão/análise.

Para revelar esta particularidade é imprescindível retomar os meios sobre os quais atua esta força viva de trabalho dentro do processo produtivo, sobre que condições objetivas se dá a produção material e perceber a posição que ocupa o trabalho vivo dentro deste complexo e contraditório processo.

É fundamental entender que

O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz. Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho (MARX, 1988, p.204)

Isto posto, os argumentos de Paulani (2001) apresentam elementos deste processo de apropriação da força de trabalho nos processos materiais de produção que predominam atualmente.

Ela destaca que há uma negação do trabalho vivo como sujeito na produção capitalista. Afirma que é o capital e sua lógica da acumulação que processa esta lógica, pois, “negar completamente o trabalho vivo como sujeito, aparece como uma exigência porque, mesmo com a existência da máquina, o processo de produção ainda está nas mãos dos operários” (PAULANI, 2001, p.704). É a força viva do trabalho que entende tanto do processo de produção quanto do produto final, a produção depende da interferência do trabalho humano.

A autora recupera, a partir dos estudos de Marx, esta condição da negação deste sujeito trabalhador e argumenta que

[...] a introdução da maquinaria põe o trabalho vivo como sujeito negado, mas põe de modo não pleno: a negação efetiva do trabalho vivo como sujeito é ainda um vir-a-ser, de modo que o trabalho vivo, apesar de já negado pela máquina, ainda existe como sujeito” (PAULANI, 2001, p. 703).

Será justamente, a partir da incorporação dos processos de inovações técnico-científicas que se evidencia esta sujeição do trabalho vivo. A autora argumenta que a experiência do taylorismo e fordismo⁹, que combinaram transformações tanto na base material como gerencial, é ilustrativa, ao adotar mecanismos de gerência científica que subjuga fortemente o trabalhador às exigências da produção capitalista, cerceando sua potencialidade de atuação, criação e inovação no processo de trabalho. Neste contexto, acrescenta Paulani, evidencia-se a plena oposição entre o indivíduo e as condições objetivas da produção: da existência de um sujeito negado passou-se à negação de sua existência como sujeito (PAULANI, 2001, p.703).

A força de trabalho, sob o controle da produção taylorista/fordista, perde qualquer resquício de autonomia, categoriza-se a objetivação plena da força viva de trabalho às exigências da produção capitalista, a lógica humana é totalmente alijada do processo de produção. Até meados dos anos 70 do século passado, este era o imperativo da produção capitalista.

Um aspecto é fundamental no estudo de Paulani (2001) no momento em que ela problematiza e questiona o que mudou nestas relações com as transformações ocorridas no mundo do trabalho nos últimos anos, que reconduziu a força viva de trabalho a um papel importante dentro do processo produtivo? O que produziu a mudança dessa lógica a partir dos processos de reestruturação produtiva do capital?

Neste momento é pertinente agregar às contribuições de Paulani (2001), outros argumentos utilizados por Antunes (2007), Amaral (2008), Vasapollo (2004, 2007), Teixeira (1995), Oliveira (2006) entre outros, que reconhecem a centralidade do trabalho nas formas de apropriação da riqueza nesta economia mundializada.

Ainda seguindo as análises de Paulani (2001) há atualmente uma centralidade do trabalho vivo, da força viva de trabalho como “sujeito” no processo de produção que emerge como uma estratégia do capital. Uma recondução a um

⁹ Para maior aprofundamento sobre o taylorismo e fordismo consultar os autores Harvey (1994) e Pinto (2007).

papel de destaque que se deu por determinação do capital e não por descuido dele. Neste momento, a lógica humana do trabalho vivo está posta a serviço da lógica da acumulação através dos processos de gestão participativa, de co-responsabilidade, da qualidade total, da produção flexível, entre outros. O que prevalece é apropriar-se da potencialidade da força viva de trabalho e direcioná-la para as exigências da acumulação capitalista.

A exigência agora é para captar uma força de trabalho capaz de desempenhar novas funções e um novo papel, caracterizado por um trabalhador flexível que domine todo o processo de trabalho, capaz de opinar, mudar de funções e tarefas, enfim, assumir a polivalência.

Evidencia-se que nos setores da produção econômica em que a força viva de trabalho se mostra fundamental, o trabalho não é mais um puro dispêndio de energia natural, dispêndio de força física, ele aparece como um trabalho co-responsável, participativo, interativo dentro do processo produtivo (PAULANI, 2001). É uma incorporação da força de trabalho que, ao tempo em que diminui seu estranhamento com relação ao que é produzido, evidencia a exigência de uma força de trabalho multifacetada e polivalente, com diz Paulani (2001), que é “pau pra toda obra”.

Paulani apresenta em suas análises o resgate do trabalho vivo como sujeito, afirmando:

Ele volta a existir como sujeito, mas sua negação não está mais, como na fase inicial, [...] Se, agora, o trabalho vivo volta a ser ‘sujeito’ do processo, ele o é por determinação do capital [...] e isto o nega como sujeito (positivo, posto, verdadeiro) mas não nega sua existência como sujeito. [...] A lógica (humana) do trabalho vivo não vai voltar a se intrometer. Ao contrário, ela será posta a serviço da lógica da acumulação (PAULANI, 2001, p. 707).

Nas análises de Teixeira (1995), ele também reconhece que as modificações operadas nos processos de produção se fizeram em nome do capital e que se efetiva uma potencialização do processo de exploração. Esta nova forma de inserção da força de trabalho, como diz o autor, torna o próprio trabalhador uma “fonte potencializadora de auto-exploração” (TEIXEIRA, 1995, p. 32) e isso se justifica quando

O trabalhador se sente mais livre, porque agora não mais está preso a um sistema hierarquicamente organizado de exploração e opressão. Ele se sente um cidadão que trabalha no seu próprio local de produção, sem ninguém vigiá-lo ou a lhe dar ordens. Ele se sente patrão de si mesmo, dono de seu próprio negócio [...] ele é quem organiza o processo de trabalho e estabelece, por iniciativa própria, a duração de sua jornada de trabalho (TEIXEIRA, 1995, p. 33).

Teixeira (1995) enfatiza que se configurou uma forma de dispêndio do trabalho que levou às ultimas conseqüências o trabalho abstrato, como forma específica e particular de produção de valor e de mais-valia. Ele explica que esses “novos” trabalhadores por não fazerem parte mais de uma estrutura interna de uma empresa, de uma organização, são conduzidos/induzidos a “fazer do seu trabalho pessoal a razão do seu sucesso como produtores de mercadorias” (TEIXEIRA, 1995, p.31). Há uma dependência direta de sua capacidade, de seu esforço pessoal o que impõe “ter que trabalhar para viver” e de ter suas vidas invadidas pelo trabalho.

Esta lógica evidencia as sutilezas da recomposição das formas de exploração da força de trabalho que, ao vincular os rendimentos e salários dos trabalhadores a quantidade de mercadorias produzidas por unidade de tempo, condicionam o interesse do trabalhador, assegurando que ele intensifique o mais possível sua capacidade produtiva “o que facilita ao capitalista elevar o grau normal de intensidade do trabalho. É também do interesse pessoal do trabalhador prolongar a jornada de trabalho, a fim de aumentar seu salário diário ou semanal” (MARX, 1988, p.640).

Neste sentido, fica evidente que o que se processa é uma apropriação da força viva de trabalho de forma a intensificar e maximizar sua capacidade produtiva. Neste mesmo movimento, a expulsa do mercado de trabalho e dos processos produtivos pela via do desemprego estrutural, implicando numa seletividade quantitativa e qualitativa da força de trabalho que ainda se manterá empregada.

É importante ressaltar que esta *centralidade da força viva de trabalho* se dá de forma bastante seletiva, privilegiando trabalhadores com alta qualificação e em setores de significativo avanço tecnológico, que possibilitem manter a racionalização dos custos da produção e a efetiva economia de trabalho vivo. Como conseqüência, efetiva-se a expulsão quantitativa, e porque não dizer qualitativa, de expressiva força viva de trabalho dos processos produtivos o que conduz não a

libertação e emancipação do homem, mas à sua condenação as formas de precarização, ao desemprego e marginalização/exclusão da vida social.

Parece-nos uma expressão contraditória dentro das novas modalidades da acumulação capitalista, pois à medida em que reconduz, recupera e revitaliza a força viva de trabalho nos processos produtivos, também seleciona, segmenta, expulsa segmentos significativos de força de trabalho dos processos produtivos. Conduz uma parcela significativa de força de trabalho à miséria desumana do desemprego e do trabalho temporário, com diz Meszárós (2006). Consolida um processo que precariza a totalidade do viver social e que institui uma nova organização capitalista do trabalho que é caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação do mundo dos assalariados (VASAPOLLO, 2006)

Podemos, diante desses argumentos, indicar que uma das tendências apontadas por Paulani (2001) efetiva-se neste contexto, considerando que a força viva de trabalho assume uma posição, não mais como apêndice ou como elemento alienado, mas enquanto co-responsável pela produção, desta forma submetida aos imperativos da produção capitalista. Assim, ela estaria longe de sucumbir, de desaparecer pelas exigências da produção flexível, mas, sua permanência tem uma expressão bastante particular.

Entretanto, os argumentos de Amaral (2008) analisam a partir de outro enfoque esta condição do trabalho como apêndice do capital. Ao enfocar o papel central que o uso da ciência e da tecnologia assume no processo de reestruturação capitalista, a autora indica que estes funcionam como “expressão do processo de desvalorização da força de trabalho” (AMARAL, 2008, p. 48). Para atender as exigências da acumulação capitalista, o recurso à ciência e a tecnologia passa a justificar a redução do trabalho vivo e a adesão às formas de flexibilização da produção. A autora acrescenta que a configuração das novas formas de organização produtiva, baseadas nas redes de comunicação e informação, determinam “a existência de novas modalidades de extração da mais-valia e formas e meios de apropriação da subalternidade política das classes trabalhadoras” (AMARAL, 2008, p. 48). Nesta direção, seus argumentos destacam que a aplicação da tecnologia e os avanços possibilitados com seu uso são um atributo inerente às forças do capital. Enfatiza que “a produtividade do capital deve ser pensada a partir da máxima

potencialização da ciência e da tecnologia em todas as dimensões sociais. Sob essa ótica, o trabalho é reduzido a apêndice do capital” (AMARAL, 2008, p. 49).

Com esses argumentos a autora indica uma forte tendência que se expressa na centralidade da informação, do conhecimento, presentes como elementos condutores do novo padrão produtivo e que induz à secundarização do papel do trabalho vivo na efetivação desse processo. Efetiva-se “a transformação do trabalho vivo, de fonte de valor, em um elemento constitutivo do sistema do capital e de suas necessidades” (AMARAL, 2008, p. 49) o que representa absorver a força viva de trabalho como “mero acessório para criação de objetos, cujo valor de uso deve incrementar o processo de acumulação de capital” (AMARAL, 2008, p. 50). Neste sentido, “o capital busca eliminar politicamente a força produtiva essencial: o trabalho vivo” (AMARAL, 2008, p. 50).

A rigor, impõe-se uma racionalidade em que o trabalho vivo passa a ser apenas um meio de valorização do capital,

[...] transformando uma relação em que, antes, o trabalhador tinha domínio sobre ela, em outra relação, cujo comando passa a ser exclusivamente o do capital. Agora, os meios de produção empregam o trabalho e não o inverso (AMARAL, 2008, p. 50).

Esta é uma estratégia recorrente do processo de reestruturação do capital, de forma que a valorização se amplie cada vez mais e que se assegurem os interesses do processo de acumulação capitalista.

Neste sentido, Amaral (2008) analisa que a ciência, a tecnologia e o conhecimento apresentam-se neste contexto como formas de reatualizar a subsunção do trabalho ao capital. O que se evidencia é que “o capital conseguiu avançar nas suas modalidades de extração do sobretrabalho, o que não significou eliminar o trabalho vivo” (AMARAL, 2008, p. 52).

Nestes dois enfoques apresentados pelas autoras há uma interface, podemos dizer, uma complementariedade nos argumentos, pois indicam as novas requisições e exigências colocadas para a força viva de trabalho. Fica evidente a potencialização da exploração do trabalho vivo e do fetichismo da mercadoria força de trabalho como estratégia do capital maximizar sua lucratividade. A força viva de trabalho convive com novos mecanismos de exploração e dominação evidenciando-

se pela particularidade da centralidade da força viva de trabalho na produção de bens e serviços, mas sob os domínios da lógica da acumulação flexível.

Os argumentos apresentados reiteram o pressuposto de que a organização capitalista não tem a pretensão de eliminar o trabalho vivo, apropria-se agora da sua dimensão cognitiva, e como diz Antunes (2007, p.13), “aqui encontramos o traço de perenidade do trabalho”.

Os estudos realizados por Antunes (1995, 2000) apresentam também argumentos que nos auxiliam neste debate. Ao discutir as conexões existentes entre o trabalho e as novas exigências da lei do valor, o autor afirma que esta sociedade do capital e sua lei do valor requerem cada vez *menos* trabalho estável e cada vez *mais* formas diversificadas de trabalho. Formas expressas, seja pelo trabalho parcial, temporário, terceirizado, de maneira que atendam às modalidades do processo de produção capitalista. Ele acrescenta que é evidente uma redução do *trabalho vivo* e a ampliação do *trabalho morto* e que isso ocorre

Exatamente porque o capital não pode eliminar o *trabalho vivo* do processo de criação de valores, ele deve aumentar a utilização e a produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração do sobretrabalho em tempo cada vez mais reduzido (ANTUNES, 2000, p. 119).

O que se configura é uma diminuição do tempo físico de trabalho, havendo uma redução do trabalho manual associado à ampliação do trabalho qualificado, multifuncional que incorpora uma maior dimensão intelectual. Acompanhando esta tendência, o capital incorpora cada vez mais formas precarizadas de exploração do trabalho que fortalece a realização de seu ciclo reprodutivo e garante os patamares de competitividade e sobrevivência das empresas capitalistas (ANTUNES, 2000).

Esta forma de apropriação da força de trabalho resulta da necessidade que tem o capital de estabelecer novas formas de subordinação do trabalho que, a rigor permite “flexibilizar a produção e intensificar a produtividade do trabalho longe da tradição conflitiva que sempre permeou a relação entre patrões e empregados” (MOTA, 1998, p.30). Configuram-se novas formas de dominação, que conduzem ao consentimento de classe, com diz Mota, instituindo-se uma verdadeira reforma intelectual e moral, construindo outra cultura do trabalho compatível com a sociabilidade requerida pelo atual projeto societário imposto pelas classes

dominantes (MOTA, 1998, p.29). Como acrescenta Amaral (2008, p. 49) o que se apresenta é a “remota questão da colaboração de classes, onde a pretensa neutralidade técnica permite a subsunção real do trabalhador ao capital, pela eliminação aparente do antagonismo”.

Para Mota (1998, p.29), evidencia-se que

Estas novas formas de domínio supõem a socialização de valores políticos, sociais e éticos e a produção de padrões de comportamento compatíveis com as necessidades de mudança na esfera da produção e na reprodução social. A direção dos processos políticos e a produção do consentimento de classe, para empreender mudanças, transformam-se nos novos baluartes da ação das classes dominantes, na atual conjuntura.

A rigor, se estabelece agora a sujeição da força viva de trabalho aos imperativos dos processos de produção comandados por uma lógica de acumulação que, maximiza os níveis de produtividade, através da intensificação do tempo de trabalho, da racionalização da força viva de trabalho, da desregulamentação das relações formais de trabalho. Isso denota a convivência de novas e velhas formas de exploração da força viva de trabalho.

Estas atuais formas de apropriação da força de trabalho têm como substrato o novo modo de produzir bens e serviços, que implica a superação de uma produção em massa, permitindo, com a introdução de mecanismos gerenciais e inovações tecnológicas, a redução do tempo de trabalho e do trabalho necessário à produção. Um modelo de flexibilização dos processos de trabalho e de produção que implicam numa acentuada e generalizada potenciação da capacidade produtiva da força de trabalho, em que se adota uma racionalidade mais intensa, geral e pluralizada, baseada no que veio a se denominar de organização flexível do trabalho e da produção¹⁰.

¹⁰ Segundo David Harvey (1994), a estratégia de revigorar a produção capitalista passa pela adoção de um novo regime de acumulação, que ele qualificou de *acumulação flexível* que emerge em oposição a rigidez do fordismo. “Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo. Caracteriza-se pelo 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” (HARVEY, 1994, p. 140). Para atender as exigências deste novo modo de produzir asseguram *empregos flexíveis*, que obrigam o trabalhador a “trabalhar bem mais em períodos de pico de demanda, compensando com menos horas em períodos de redução de demanda” (HARVEY, 1994, p. 143). Configura-se uma redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado. “A acumulação flexível parece implicar níveis relativamente altos de desemprego ‘estrutural’ (em oposição a ‘ficcional’), rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais (...) e o retrocesso do poder sindical – uma das colunas políticas do regime fordista.” (HARVEY, 1994, p. 141).

Esta busca pela produtividade do trabalho é bem analisada por Oliveira (2006) quando afirma que é na conjugação das inovações técnico-científicas e do movimento de mundialização do capital que a produtividade do trabalho “dá um salto mortal em direção a plenitude do trabalho abstrato” (OLIVEIRA, 2006, p.135). É no crescimento desta produtividade do trabalho que desaparecem os tempos de não-trabalho: todo o tempo de trabalho é tempo de produção.

Em sua dupla constituição, as formas concretas e a ‘essência’ abstrata, o consumo das forças de trabalho vivas encontrava obstáculos, a porosidade entre o tempo de trabalho total e o tempo de trabalho da produção. Todo o crescimento da produtividade do trabalho é a luta do capital para encurtar a distância entre essas duas grandezas. Teoricamente, trata-se de transformar todo o tempo de trabalho em trabalho não-pago; parece coisa de feitiçaria, e é o fetiche em sua máxima expressão (OLIVEIRA, 2006, p.135).

O que Oliveira (2006) indica é que se fundem nesta lógica a mais-valia absoluta e relativa¹¹. Neste contexto, a mais valia absoluta, está expressa pelo trabalho informal que não produz mais do que uma reposição constante, por produto, do que seria supostamente o salário, e o “capital usa o trabalhador somente quando necessita dele” (OLIVEIRA, 2006, p. 135). Na mais valia relativa, é o avanço da produtividade do trabalho nos setores de ponta, “da acumulação molecular digital que permite a utilização do trabalho informal” (OLIVEIRA, 2006, p. 136). Esta formulação expressa uma contradição: “a jornada da mais-valia relativa deveria ser de diminuição do trabalho não-pago, mas é o seu contrário, pela combinação das duas formas” (OLIVEIRA, 2006, p. 136).

O autor argumenta que a atual tendência do capital é de suprimir o adiantamento de capital, ou seja, “o pagamento dos trabalhadores não será um adiantamento do capital, mas dependerá dos resultados das vendas dos produtos-mercadorias” (OLIVEIRA, 2006, p.136). Neste sentido, o conjunto dos trabalhadores, sejam eles formais ou informais é transformado numa “soma indeterminada de exército da ativa e da reserva, que se intercambiam não nos ciclos de negócios, mas

¹¹ Partindo da conceituação de Marx (1988, p.210), a mais valia absoluta se caracteriza por um prolongamento da jornada de trabalho para além do tempo necessário à reprodução da força de trabalho, de forma que o capitalista se aproprie deste excedente de trabalho. Na mais valia relativa esta apropriação é caracterizada pela incorporação de condições técnico e materiais que permitam reduzir o tempo de trabalho necessário à produção acelerando o processo produtivo e barateando o valor da reprodução da força de trabalho

diariamente”. E acrescenta, “É quase como se os rendimentos do trabalhador agora dependessem do lucro dos capitalistas” (OLIVEIRA, 2006, p. 136).

Em decorrência disso emergem os novos ajustamentos no estatuto do trabalho e do trabalhador expressos pela requisição de postos de trabalho flexíveis, sem contratos de trabalho e como afirma Oliveira (2006, p.137).

Se o capital não podia igualar tempo de trabalho a tempo de produção pela existência de uma jornada de trabalho, e pelos direitos dos trabalhadores, então se suprime a jornada de trabalho e com ela os direitos dos trabalhadores, pois já não existe medida de tempo de trabalho sobre o qual se ergueram os direitos do Welfare[...]. No fundo, só a plena validade da mais valia relativa, isto é, de uma altíssima produtividade do trabalho, é que permite ao capital eliminar a jornada de trabalho como mensuração do valor da força de trabalho, e com isso utilizar o trabalho abstrato dos trabalhadores ‘informais’ como fonte de produção de mais valor.

A rigor, o que prevalece é a intensa produtividade do trabalho. Uma forte tendência que sob os imperativos de aumento da produtividade, da qualidade total, da flexibilidade, da concorrência entre as equipes de trabalho, o que predomina é a transformação do próprio tempo de não trabalho em tempo de trabalho.

É visível a intensificação das formas de extração e exploração do trabalho, por meio dos processos de terceirizações e flexibilização. A força viva de trabalho assume uma nova conformação expressa na intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho que a expõem ao aumento da degradação de suas condições de trabalho, da precarização e fragilização do emprego e do salário. Isto implica que “a noção de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda o modo do capital produzir mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas” (ANTUNES, 2007, p.17).

Estes aspectos apresentados auxiliam na compreensão dos contornos mais gerais que configuram esta “nova” conformação da força viva de trabalho e expressam as tendências dominantes que determinam e conduzem o processo de desregulamentação do trabalho em escala global.

Estes argumentos expressam uma forma de apropriação precária da força viva de trabalho, em que o estatuto do trabalho e do trabalhador são conduzidos a formas de gestão flexibilizadas, que traduzem o espaço de desregulamentação do trabalho, imposto pela lógica destrutiva do capital mundializado. É um fenômeno que revela a erosão do trabalho contratado e regulamentado e que incorpora uma força

de trabalho não só inserida no mundo industrial, como também nos serviços, de forma flexível e precarizada.

Evidenciamos uma maximização da produtividade pela via da potencialização da exploração da força de trabalho como uma forte tendência neste contexto. Isso nos permite assegurar que as novas exigências colocadas à força viva de trabalho, elemento central nos processos produtivos, é a permanente ameaça das formas degradantes e usurpadoras de sua inserção nos processos produtivos. O que se impõem é a desregulamentação, a desapropriação, a desconstrução da identidade do trabalho e do trabalhador. Uma tendência de desvalorização da força viva de trabalho fortalecida pelos processos de flexibilização e precarização da produção de bens e serviços.

São evidentes os elementos de um processo que desregulamenta o trabalho, através da inserção de novas modalidades de apropriação da potencialidade da força de trabalho e o recurso a antigas formas de exploração. É na ameaça do desemprego, na violação dos direitos trabalhistas, na restrição da proteção social, na degradação das condições de trabalho que os trabalhadores se confrontam com as atuais exigências do capital.

1.2 Os Processos de Flexibilização e Precarização Determinando as Novas Configurações da Força de Trabalho

A condição contemporânea do trabalho intensificado, como vimos anteriormente, demonstra claramente a reedição de velhas formas de submissão do trabalho ao capital que são travestidas de novos e sutis mecanismos de exploração do trabalho. A potencialização do uso da força de trabalho como recurso para aumento da produtividade vem resultando efetivamente na redução do custo do trabalho e na degradação deste. A força de trabalho é atingida de forma impiedosa por uma lógica que exige mecanismos flexíveis para gerenciar o processo de produção de bens e serviços num contexto de uma economia mundializada.

A incorporação da lógica flexibilizadora como norteadora das novas condições de acumulação implica numa nova sociabilidade. Uma sociabilidade que impõe à força viva de trabalho um predatório processo de desregulamentação do trabalho e da vida social.

A rigor, as estratégias desta desregulamentação atingem as condições de uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção social, bem como de suas estruturas representativas, como sindicatos, associações. Configura-se um processo de desregulamentação do trabalho e do trabalhador que encontra suas expressões mais evidentes nos mecanismos de *flexibilização* e *precarização* do trabalho como fenômenos expressos em escala mundial.

Para entender os contornos deste processo de desregulamentação do trabalho e explicitar suas determinações, é fundamental identificar as matrizes conceituais que orientam o debate do tema da *flexibilização*. Uma recuperação conceitual delimitada que possibilite identificar as especificidades deste processo de desregulamentação do trabalho articulando, preferencialmente, os mecanismos de flexibilização e os efeitos da precarização do trabalho no setor serviços e suas particularidades nos serviços da administração pública.

O ponto de partida deste debate apresenta, sucintamente, a forma como os estudos têm se apropriado do uso dos termos/conceitos *flexibilidade* e *flexibilização*. Na verdade, esta é uma complexa discussão que foge aos interesses deste estudo e nossa intenção não é de estabelecer distinção e similaridades entre os termos, mas de localizar a base conceitual de nossas análises.

Algumas preocupações com o uso desses conceitos aparecem no estudo de Druck (2007) no qual ela apresenta o uso recorrente do termo *flexibilização* associado a noções de instabilidade, incerteza, insegurança, imprevisibilidade, adaptabilidade e risco. Argumenta que a *flexibilização*, em geral, está associada às “condições exigidas, impostas ou construídas por uma *nova configuração em transição*” (DRUCK, 2007, p.29). O termo *flexibilidade* parece ser mais restrito, pontual e, segundo a autora, se diferencia do anterior por se referir comumente a uma etapa ou situação já constituída e estabelecida, “seja no âmbito do processo/organização do trabalho, seja no quadro mais geral e sistêmico da economia e da sociedade capitalista” (DRUCK, 2007, p. 29).

É perceptível a apropriação de ambos os termos/conceitos em diferentes estudos e com denominações similares. Ora os termos *flexibilização* e *flexibilidade* referem-se a questões e situações pontuais que indicam toda e qualquer situação de ajustamento e adequação às exigências dos processos produtivos e de gestão da força de trabalho e ora, eles incorporam uma noção mais complexa apontados como um fenômeno intrínseco às novas exigências da produção capitalista.

As argumentações de Alves (2005) apresentam uma conotação importante ao recurso recorrente aos termos *flexibilização* e *flexibilidade*. Este autor privilegia o uso do conceito de *flexibilidade*. Ele lembra que “uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é sempre ‘flexibilizar’ as condições da produção – principalmente as da força de trabalho” (ALVES, 2005, p.22). Nisto está implícito que a categoria *flexibilidade* “é algo intrínseco à produção capitalista, surgindo, ainda em seus primórdios, quando o capital instaurou o trabalho assalariado [...]” (ALVES, 2005, p.23).

Neste sentido, é preciso ter cautela ao se referir à *flexibilidade* como algo essencialmente inovador. O que se instaurou foi uma apropriação intensa da lógica da *flexibilidade* tornando-a um atributo da própria organização social da produção. “Ela surge como uma abstração geral, posta pelo ‘sujeito’ capital em diversos níveis do complexo de produção de mercadorias, assumindo, assim, uma série de particularizações concretas, com múltiplas (e ricas) determinações” (ALVES, 2005, p. 25). Desta forma, o que se torna essencialmente novo é a captura da *categoria flexibilidade*, como denomina Alves (2005) às novas requisições da mundialização capitalista.

Seguindo esta linha de argumentação, o autor também destaca que a flexibilidade da força de trabalho é um ponto estratégico desta nova configuração produtiva. Esta flexibilidade, segundo o autor, pode expressar-se em duas dimensões, também referidas no estudo de Salerno (2001), que são a *flexibilidade social intra-empresa e extra-empresa*. A *flexibilidade social intra-empresa* é relativa aos regulamentos internos, a adaptações e reorganização da organização do trabalho ajustando o uso da força de trabalho as novas exigências de uma produção flexível, como a terceirização e descentralização da produção. Isto permite dar maior mobilidade interna ao trabalhador polivalente. Este processo “redefine a forma da relação capital e trabalho e do envolvimento do trabalhador na empresa” (KREIN, 2001, p. 30). Na *flexibilidade social extra-empresa*, Alves (2005) destaca àquela flexibilidade relativa à legislação e a regulamentação social e sindical que se expressam bem na flexibilidade dos contratos de trabalho, dos salários, da jornada e do local da realização do trabalho, ou seja, dentro ou fora da empresa.

Há ainda outros argumentos que indicam diferentes formas de flexibilidade, que são apresentadas no estudo de Krein (2001). Ele identifica a *flexibilidade da jornada e das funções* que permite a sintonia entre o nível de

produção e a demanda por trabalho que se concretizam pelos ajustes na jornada de trabalho, na modalidade das tarefas e evolução das responsabilidades. É a racionalização do tempo de trabalho concretizado pela modulação da jornada de trabalho¹² (KREIN, 2001). Outra forma é a *flexibilidade salarial*, que possibilita adequar o salário em função da produtividade, tendo como consequência uma remuneração fixa baixa remetendo um valor maior dos vencimentos às metas de produtividade pré-estabelecidas pelas empresas. Krein ainda indica a existência de uma *flexibilidade quantitativa ou numérica* que ele atribui à ampliação das possibilidades de redução de custos com a força de trabalho. São iniciativas que facilitam os ajustes nas contratações que se manifestam no trabalho temporário, parcial, auto-emprego, tele-trabalho, consultoria em domicílio, etc. Mas também pelas medidas ilegais como o trabalho ilegal, sem registro em carteira, e o trabalho clandestino, como dos estrangeiros e trabalho escravo, também sem proteção legal. Segundo o autor, esta flexibilidade também incorpora a *flexibilidade de demissão e de contratação*. A primeira é indicada pela permissividade legal de dispensa de força de trabalho pela via de redução de custos da rescisão contratual e/ou eliminação dos mecanismos que inibem a dispensa imotivada. A *flexibilidade de contratação* constitui-se pela variedade de formas de contratação da força de trabalho que permitem o ingresso ao mercado através de jornada parcial, contratos de experiência, estágios, etc. (KREIN, 2001, p.30).

São perceptíveis as similaridades na compreensão e uso dos conceitos de *flexibilidade* e *flexibilização* nos diferentes estudos apresentados. Isto reflete a tendência dos estudos neste campo durante a década de 80 e 90 que associam este fenômeno “à possibilidade de a empresa contar com os mecanismos que permitem ajustar sua produção, emprego, salário e condições de trabalho ante as flutuações da economia, das inovações tecnológicas e a outros fatores [...]” (SIQUEIRA NETO, 2001 apud KREIN, 2001, p. 29).

Isto posto, uma exigência é requerida para conduzir nossas análises: a terminologia que será incorporada neste estudo para representar a síntese dos argumentos anteriormente expostos. Pois, partimos do princípio, que embora sobre

¹² Segundo Krein “modulação da jornada significa que o trabalhador precisa cumprir uma determinada jornada anual de trabalho, e esta pode ser distribuídas pela empresa conforme as suas necessidades. Assim, em momentos de pico de produção, trabalha-se mais e, em outros momentos de menor atividade econômica, trabalha-se menos” (2001, p. 39).

denominações diferenciadas os argumentos apresentados componham uma única matriz conceitual – a crítica marxista.

Na construção de nossas explicações optamos por incorporar *flexibilização*¹³ como categoria de análise compreendida como um processo, determinado e condicionado por fatores macroeconômicos e sociais derivados desta nova fase de mundialização capitalista. Um processo que sob a hegemonia da esfera financeira, que se caracteriza pela fluidez e volatilidade dos mercados financeiros, contaminam e condicionam não só a economia, mas as demais esferas da vida em sociedade, em especial a esfera do trabalho. Como acrescenta Druck (2007, p. 29), “esse processo mais geral determina e articula a flexibilização dos processos de trabalho, do mercado de trabalho, das leis trabalhistas e dos sindicatos[...]”.

As conseqüências deste processo recaem efetivamente sobre a força viva de trabalho, através da incorporação da flexibilização nos processos de trabalho, no mercado e na regulação das relações de trabalho. A flexibilização deixa de ser uma tendência e se incorpora às atuais formas de gestão do trabalho. Ela passa a ser condição determinante do trabalho precário no atual contexto, atingindo os diferentes ramos da atividade econômica.

É na incorporação das regras de eficiência, produtividade e intensificação do uso da força de trabalho, impostas pela lógica da produção capitalista mundializada, que o processo de *flexibilização* passa a determinar a condição de precariedade do trabalho. A intensificação da precarização do trabalho é a maior expressão dos efeitos maléficos da *flexibilização* no trabalho e na vida dos que tem como fonte de sobrevivência a venda da força de trabalho.

Há uma forte associação entre os fenômenos da *flexibilização* e *precarização*. Eles apresentam-se como fenômenos indissociáveis que se dão *pari passo*, estando o processo de *flexibilização* determinando as atuais configurações da *precarização* do trabalho. Desta forma, não devem ser confundidos, nem serem utilizados conceitualmente como fenômenos similares, iguais. Eles refletem a forte tendência de desregulamentação do trabalho e se expressam numa relação de determinação.

¹³ Esta concepção foi norteadora do estudo de Graça Druck (2007), sobre a “Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil” e incorporada a nosso estudo como norteadora nas reflexões que envolvem o processo de flexibilização das relações de trabalho.

É bem verdade que a condição de precariedade do trabalho, que vem sendo denominada em diversos estudos de *precarização*, não é um fenômeno novo. Ela sempre esteve relacionada às formas de apropriação da força de trabalho impostas pelo modo de produção capitalista. Seu marco advém da constituição da força de trabalho enquanto mercadoria mediada por uma relação de assalariamento. Uma relação de compra e venda desigual que, historicamente, tem subsumido a condição da força de trabalho às exigências da lógica da lucratividade do capital, pela via da exploração da mais valia.

Numa passagem do *Capital*, Marx (1988) já descrevia as implicações da intensificação do trabalho fabril e a condição de precariedade afetando a força de trabalho.

Os órgãos dos sentidos são todos eles igualmente prejudicados pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera poluída com os resíduos das matérias-primas, pelo barulho ensurdecedor etc., para não falarmos no perigo de vida que advém das máquinas muito próximas umas das outras, as quais produzem sua lista de acidentes da batalha industrial com a regularidade das estações do ano. A diretriz de economizar os meios sociais de produção [...] leva o capital ao roubo sistemático das condições de vida do trabalhador durante o trabalho. O capital usurpa-lhe o espaço, o ar, a luz e os meios de proteção contra condições perigosas ou insalubres do processo de trabalho (MARX, 1988, p. 486).

Um século depois, esta condição de precariedade também é revelada por Castel (2001, p.28) reafirmando que, “no momento em que a condição de assalariado livre se torna a forma juridicamente consagrada das relações de trabalho, a situação salarial ainda permanece e, por muito tempo, com a conotação de precariedade e infortúnio”. É uma precariedade que se expressa, entre outras coisas, pela dissociação do trabalhador de seus meios de trabalho, na extensão da jornada, na fragmentação, segmentação e controle dos processos de trabalho e na coerção e controle da organização política dos trabalhadores.

Isto evidencia que a precarização do trabalho não é um fenômeno novo, mas a partir das atuais configurações, ela assume uma conotação de “inovação” a partir do processo de flexibilização. A precariedade do trabalho assume uma dimensão e conformação ampliada atingindo as condições objetivas e subjetivas do trabalho e envolvendo o conjunto dos trabalhadores. Como avalia Mezsáros (2006, p. 27), “a questão não é se o desemprego ou o ‘trabalho temporário flexível’ vai

ameaçar os trabalhadores empregados, mas *quando* estes, forçosamente, vão vivenciar a precarização”

Esta “nova” condição de precarização não está mais restrita à noção de exploração da força de trabalho atribuída às condições de trabalho insalubres e danosas, a extensivas jornadas, às baixas remunerações, à instabilidade e insegurança no trabalho, sempre mais relacionada aos trabalhadores desprotegidos de uma regulação formal do trabalho. Recentes estudos associam à noção de precarização do trabalho a um processo que condiciona a existência de toda força de trabalho pós-fordista no qual tudo se converte em precariedade. Meszáros (2006) alerta que o mais grave é que a precarização e a insegurança avançam por toda parte do mundo. O trabalhador precarizado se encontra numa fronteira incerta entre ocupação e não ocupação e também sob ameaça de seu reconhecimento jurídico frente às garantias sociais (VASAPOLLO, 2004).

Neste sentido, estamos nos confrontando com uma configuração do trabalho precário que, nos argumentos de Alves indicam que

Por trás da lógica da precarização do trabalho [...] está a necessidade das grandes empresas [...] de descentralizar a produção com objetivo de reduzir custos[...]. A adoção de uma flexibilidade do contrato de trabalho [...] tende a construir um estatuto salarial precário para amplas parcelas da classe trabalhadora, expondo-as, cada vez mais, à disposição das idiossincrasias do capital (ALVES, 2005 p. 265).

Compondo este cenário, a *precarização* representa um processo social constituído pela ampliação e institucionalização das condições de instabilidade e de insegurança, que estão expressas nas novas formas de organização do trabalho, como a terceirização, o trabalho temporário, parcial e subcontratado, como também o trabalho formal, legalmente constituído.

Uma *precarização* também instituída pela ausência e recuo da ação do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social que através de um aparato jurídico legal possibilitou a quebra do estatuto do trabalho seguro e protegido. Desta forma, as novas configurações desta precarização atingem a todos os trabalhadores, independente de seu estatuto, expondo-os a degradação das condições de trabalho e de vida.

Nas análises de Druck (2007) sobre a *precarização* ela recupera os argumentos apontados pela sociologia francesa, que faz indicações apropriadas a

precarização como um fenômeno que não é específico de regiões, países, mas que expressa a condição, as novas exigências colocadas à força viva de trabalho no mundo contemporâneo. Uma força de trabalho que expressa sua desapropriação e desvalorização como sujeito social, mas fundamentalmente valorizada enquanto força produtiva, que gera valor.

Esta condição da força de trabalho fica bem explícita neste argumento:

Precarização, porque não existe a sociedade de um lado e os excluídos do outro. Ou os de fora e os de dentro. É um processo que atinge o conjunto dos assalariados na sociedade. Não há emprego típico de um lado e emprego atípico de outro. Todos os empregos estão ameaçados pelo desemprego ou pela precarização (do trabalho, dos contratos, da saúde). Há uma desestabilização dos estáveis. (APPAY apud DRUCK, 2007, p. 31).

Esta precarização do trabalho vem sendo explicitada por diversos estudos e como afirma Druck (2007), nos quais predominam a noção de fragmentação e segmentação dos trabalhadores, de heterogeneidade, de individualização, de fragilização dos coletivos, da informalização do trabalho e da fragilização e crise dos sindicatos. Druck avalia que “a mais importante delas, a idéia de *perda* – de direitos de todo o tipo – e da degradação das condições de saúde e de trabalho” (DRUCK, 2007, p.30).

No limite, esta nova condição da precarização além de expressar a intensificação do trabalho, também espelha um controle de sua produtividade pela ação direta da ameaça do desemprego. A iminência do desemprego produz insegurança, desestruturação e desmobilização da força de trabalho e conduz a aceitação de qualquer forma de inserção no mundo da produção de bens e serviços, mesmo que seja pela via do trabalho desregulamentado.

Desta forma, a capturação das formas de *flexibilização* da produção capitalista envolve uma estratégia mais complexa. Ela representa o fundamento do modo de produção capitalista, a maximização da lucratividade pela via da exploração do trabalho, a imperiosa necessidade do capital subsumir o trabalho assalariado à lógica da valorização¹⁴. Esta *flexibilização* não enfrenta os baixos

¹⁴ A rigor, a flexibilização atinge o trabalho assalariado não se restringindo ao operariado tradicional das indústrias de bens materiais, mas expandindo-se para o setor de serviços que, também assume neste momento de reestruturação, um papel estratégico nos processos de distribuição, circulação e consumo de mercadorias, bem como na reprodução social, a exemplo dos serviços públicos oferecidos pelo Estado.

índices de ocupação dos postos de trabalho e o desemprego. Como destaca Vasapollo (2006), ela representa uma imposição à força de trabalho para submissão a salários e condições degradantes de trabalho. “É nesse contexto que estão sendo reforçadas as novas ofertas de trabalho, por meio do denominado mercado ilegal, no qual está sendo difundido o trabalho irregular, precário e sem garantias” (VASAPOLLO, 2006, p. 46). São nestes postos de trabalho que estão às expressões mais evidentes da desregulamentação do trabalho.

De fato, como reflete Antunes (2007, p. 17), estamos vivenciando a erosão do trabalho contratado e regulamentado predominante no século XX, e isso se evidencia no que ele caracterizou de um *processo de precarização estrutural do trabalho*, no qual os capitais globais requerem também o desmonte da legislação social protetora do trabalho. Ele acrescenta,

E flexibilizar a legislação social do trabalho significa, não é possível ter nenhuma ilusão sobre isso, aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora, desde o início da Revolução Industrial, na Inglaterra, e especialmente pós-1930, quando se toma o exemplo brasileiro” (ANTUNES, 2006, p. 17).

Estes elementos impõem-se como forte tendência, e Mészáros considera que “os obstáculos reais enfrentados pelo trabalho, no presente e no futuro próximo, podem ser resumidos em duas palavras: ‘flexibilidade’ e ‘desregulamentação’” (MESZAROS, 2006, p. 8). Em verdade, se estabelece uma relação de determinação desses fenômenos que expressam uma “flexibilidade” em relação às práticas de trabalho a ser facilitada e forçada por meio da “desregulamentação” em suas variadas formas, e isso corresponde, na verdade, à desumanizadora precarização da força de trabalho (MÉSZÁROS, 2006).

Configura-se uma realidade para força de trabalho de enfretamento e superação das condições adversas do trabalho que domina o cenário mundial desde os anos 90. A estratégia de domínio e cerceamento das organizações sindicais assumida pelos representantes do capital fecha o ciclo de imobilidade que permite a expansão da desregulamentação do trabalho que atinge todos os setores da atividade econômica.

Os argumentos apresentados sobre a *flexibilização e precarização* do trabalho revelam que as relações sociais estabelecidas a partir das transformações

na organização social do trabalho resultam, como enfatiza Druck (2007, p.37) “de escolhas políticas dos homens que dirigem e determinam essa ‘única’ via para garantir a acumulação do capital num novo contexto mundializado do capitalismo”.

Na análise de Mészáros (2006) é indicado que o caminho, a opção para ampliar as margens de lucratividade e acumulação de capital é “as expensas do trabalho” e nesta estratégia há uma presença ativa do Estado que para responder as requisições do capital assume um forte papel intervencionista. O autor confirma, “[...] na verdade, devido a essa necessidade, o papel intervencionista do Estado nunca foi tão grande como neste nosso tempo, apesar de toda a mitologia neoliberal em contrário [...]” (MÉSZÁROS, 2006, p. 38). Mas esta intervenção estatal está direcionada para fortalecer e viabilizar as condições de produção e reprodução do capital. Behring argumenta que esta presença do Estado, com um caráter refuncionalizado, atende a requisições de

[...] cumprir com esse papel é facilitar o fluxo global de mercadorias e dinheiro, por meio, [...] da desregulamentação de direitos sociais, de garantias fiscais ao capital, da ‘vista grossa’ para fuga fiscal, da política de privatização, dentre inúmeras possibilidades que pragmaticamente viabilizem a realização dos superlucros e da acumulação (BEHRING, 2003, p. 64).

É dentro deste enfoque que privilegiaremos a discussão do papel do Estado na (re) configuração das formas organização do trabalho. Como já assinalamos, os fenômenos da *flexibilização* e *precarização* não estão dissociados das determinações macrosociais e certamente, precisaram ser operacionalizados, concretizados. Neste aspecto, o que cabe a este estudo é focar a relevância da ação do Estado neste processo de concretização e viabilização das estruturas institucionais que promovam a desregulamentação do trabalho, e de forma específica explicitar o caso brasileiro.

Estes argumentos apresentados denotam a complexidade que envolve analisar a *desregulamentação do trabalho* na realidade brasileira, articulada as reflexões que envolvem as configurações e particularidades dos processos de *flexibilização* e *precarização* do trabalho peculiares aos serviços públicos.

Estas reflexões são fundamentais como norteadoras para revelar os determinantes das novas configurações da força de trabalho e que outras conformações assumem as relações, os processos e as condições de trabalho no

atual contexto. Corresponde a um exercício de análise deste estudo na busca de revelar as (re) configurações da flexibilização e precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde que se evidenciam na flagrante desregulamentação do trabalho no setor saúde.

2 A NOVA ERA DO SETOR SERVIÇOS: OS FIOS QUE TECEM A INCORPORAÇÃO DA LÓGICA PRODUTIVA DO CAPITAL AO TRABALHO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Os elementos teóricos que foram apresentados no capítulo anterior têm uma referência explícita neste estudo: apresentar as tendências macrosociais que vêm determinando e redefinindo as formas de gestão da força de trabalho sob a égide do capitalismo mundializado. Apresentamos argumentos que localizam o debate das novas requisições impostas à força de trabalho frente às exigências da acumulação capitalista. Argumentos fundamentais, dentro do nosso eixo de aproximações sucessivas com o objeto de análise, que direcionaram as análises críticas e formularam uma síntese permitindo identificar as formas que o trabalho assume no contexto de recomposição da força de trabalho eivado pelas determinações macrosociais.

Pensamos que até aqui nossos argumentos permitiram uma aproximação mais qualificada da hipótese orientadora de nossas análises. Esta hipótese parte do pressuposto de que o trabalho precário é uma conformação das relações de trabalho na atual fase do capitalismo e que o serviço público passa a incorporar as determinações deste contexto como parte da gestão da força de trabalho. É esse exercício de aproximações que nos auxilia a analisar a dinâmica da relação entre a aparência e a essência do fenômeno estudado. Entretanto, isso não se esgota neste ponto, ainda é imperativo estabelecer outras mediações necessárias à interpretação e análise do objeto do nosso estudo e isso requer uma delimitação específica que envolve as particularidades do trabalho no setor público de saúde.

As análises que integram este capítulo nos aproximam das particularidades dos serviços públicos e das formas que o trabalho em saúde assume no contexto de recomposição da força de trabalho nos serviços de saúde. Isso permitirá identificar, na mediação com os dados empíricos, a conformação que assumem as relações, os processos e as condições de trabalho do trabalho em saúde na realidade específica da Estratégia Saúde da Família.

Este será um exercício de construção e reconstrução de fundamentos teóricos que problematizem o trabalho em saúde, sua inserção específica no setor de serviços e as configurações de sua força de trabalho. Neste momento, aprofundamos a articulação entre o teórico e o empírico para construir as

explicações que balizam esta tese, agregando às nossas análises informações coletadas junto aos sujeitos dessa investigação, os trabalhadores de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família.

Na direção dessas reflexões uma questão central orienta nossa discussão: os serviços públicos de saúde retratam particularidades na regulamentação de sua força de trabalho projetadas por uma nova conformação do setor serviços dentro das exigências atuais da acumulação do capital. Desta forma, o trabalho em saúde ao tempo em que incorpora as novas determinações do setor serviços, integraliza preceitos que antes prevaleciam como orientadores da gestão da força de trabalho na produção industrial e isto se evidencia na incorporação dos processos de flexibilização e precarização do trabalho no setor saúde.

Para desenvolver e problematizar esta questão orientadora é imprescindível que tematizemos, a priori, as especificidades e particularidades do setor serviços, as expressões de sua expansão e as controvérsias que envolvem o caráter *não produtivo* atribuído às atividades do setor. De certo, enfatizaremos o serviço público, mas, como veremos, esse setor não foge aos imperativos da lógica do capital. Na seqüência, analisamos qual a real particularidade do trabalho em saúde e como ele responde as conformações requeridas pelas orientações reformadoras da gestão do trabalho no âmbito do Estado e pelas particularidades dos serviços. Nesta direção, será indicaremos de que forma a força de trabalho inserida no setor incorpora ou repulsa esse novo padrão de racionalidade conferida aos serviços públicos de saúde.

2.1 O Setor de Serviços dentro da Reorganização Produtiva do Capital

A expressiva expansão do setor serviços no conjunto das atividades econômicas, sob o comando da reestruturação produtiva do capital, reflete uma das mais marcantes características do novo perfil do mundo do trabalho, possibilitando o estabelecimento de novos vínculos nas relações sociais contemporâneas. Este processo de incorporação das atividades dos serviços à forma capitalista de produção expressa um acelerado processo de diversificação e complexificação do setor serviços sobre o comando da produção mundializada.

Ao repercutir na estrutura produtiva e na configuração do mercado de trabalho, o setor de serviços incorporou-se ao processo de acumulação capitalista com particularidades e especificidades no tocante à organização e processo de trabalho, como também, nas formas de regulamentação da força de trabalho.

Uma ponderação de Harvey (1994), no tocante às transformações político-econômicas do capitalismo datadas do final do século passado, destaca um aspecto importante. Ele argumenta que a transição para a acumulação flexível foi acompanhada na ponta do consumo por uma mobilização de artifícios de indução de necessidades e de transformações culturais que cederam lugar à efemeridade, ao espetáculo, à moda e à mercadificação de formas culturais. Essas mudanças na ponta do consumo, segundo o autor, associadas às mudanças na produção, no volume de informações e no financiamento, “parecem estar na base de um notável aumento proporcional do emprego no setor de serviços a partir dos anos 70” (HARVEY, 1994, p. 148).

Harvey (1994, p. 149) argumenta que a contração do emprego industrial, evidenciado depois dos anos de 1970, dá relevância ao rápido e significativo aumento do emprego em *serviços*, não tanto na distribuição, nos transportes e nos serviços pessoais, como também nas finanças, nos seguros, no setor de imóveis, bem como noutros segmentos como saúde e educação.

Ele acrescenta que a exata interpretação a ser dada a esta expansão e inclusive, sobre o que significa um *serviço*, é objeto de consideráveis controvérsias¹⁵. Entretanto, argumenta que a expansão dos *serviços* mesmo sendo atribuída ao crescimento da subcontratação e da consultoria permitem que atividades antes centralizadas nas empresas sejam repassadas para empresas terceirizadas. Outro argumento que ele destaca é que esta expansão também seja atribuída à necessidade de acelerar o tempo de giro no consumo, através de mudanças na produção de bens e também na produção de eventos culturais. Estas são mudanças significativas que estão em processo e precisam ser consideradas. Como afirma o autor, “seja qual for a explicação completa, para tratar da transformação das economias capitalistas avançadas a partir de 1970, é preciso considerar cuidadosamente essa marcada transformação da estrutura ocupacional” (HARVEY, 1994, p. 149).

¹⁵ A discussão sobre o significado dos serviços nesta nova conformação social será aprofundada no decorrer deste capítulo.

A tendência desta expansão crescente do setor de serviços¹⁶ no fim dos anos de 1980 é sinalizada por Antunes (2000), identificando o crescimento dos assalariados médios e de serviços que permitiu uma incorporação da força de trabalho oriunda dos processos de reestruturação produtiva industrial e também da desindustrialização¹⁷. Antunes (1995) sinaliza duas tendências emergentes nos anos de 1980 e que se consolidaram no decorrer das últimas décadas, quais sejam: a crescente absorção da força de trabalho feminina e a expansão do setor serviços. A incorporação da força de trabalho feminina ocorreu tanto no tradicional setor têxtil, como em outros ramos da atividade econômica, como a indústria microeletrônica e o setor serviços. Isso significou também um incremento de força de trabalho em ocupações subcontratadas e temporárias, acentuando os níveis de exploração do trabalho feminino¹⁸.

A expansão dos serviços, em que pese o crescimento da sua força de trabalho assalariada, também vêm sendo afetada pelas mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão que ajustam os diferentes processos produtivos à racionalidade do capital e a lógica do mercado. Embora venha representando uma expressiva absorção de força de trabalho, acompanhando os moldes do setor industrial, este setor tem submetido seus trabalhadores a degradantes condições de trabalho, à restrição de seus direitos trabalhistas e à negação do contrato coletivo de trabalho¹⁹.

¹⁶ Estudos vem demonstrando que o papel desempenhado pelo crescimento da ocupação da força de trabalho nos serviços na economia mundial foi a principal mudança estrutural ocorrida nestas economias nas décadas de 1970 e 1980; em todos os países ocidentais o emprego nos serviços expandiu-se extraordinariamente. “Esta evidencia é tão forte que quando se considera o conjunto dos países da OCDE, esta participação cresceu de 43% em 1960 para cerca de 65% em 1990” (MELO, 1997). No Brasil dados do IPEA também apresentam um crescimento de postos de trabalho no setor serviços, para o segmento do comércio e outros setores sendo estes responsáveis por cerca de 75% da ocupação total do setor serviços (IPEA, 1997).

¹⁷ O novo perfil que emerge para a classe trabalhadora é caracterizado pela tendência de desproletarização do trabalho industrial, fabril, impondo uma redução da classe operária industrial tradicional. Em contrapartida ocorre uma maior complexificação e heterogeneização da classe trabalhadora (SOUZA, 1996).

¹⁸ A significativa presença feminina no mundo do trabalho é um indicativo da complexificação e heterogeneidade da classe trabalhadora, que passa a integrar de forma mais intensa as especificidades de classe e gênero. Esta particularidade insere mais um elemento, além do indivíduo e sua classe, a relação contraditória de classe e gênero, comportando identidades e heterogeneidades ainda mais diversas e complexas (SOUZA, 1996).

¹⁹ As abordagens utilizadas neste estudo estão expressas nos dados de crescimento da participação dos serviços tanto pela elevação das taxas de ocupação do setor como, pelo aumento dos rendimentos produzidos. Entretanto cabe lembrar que essa avaliação do desempenho do setor serviços na economia respeita o parâmetro de sua inserção no setor terciário da economia. A título de ilustração os dados do IBGE que divulga a Pesquisa Anual de Serviços relativos ao ano de 2006, revelam as tendências de crescimento do setor serviços por demonstrar um aumento de 31,3% do

Uma nova configuração no mundo do trabalho começa a se delinear com a expansão do setor serviços que se apresenta como um fenômeno mundial e tem ocupado um lugar de destaque no movimento do capitalismo contemporâneo respondendo as exigências da acumulação do capital mundializado. Chesnais (1996, p. 186) destaca que

Enquanto o crescimento do setor manufatureiro entra em choque com o aumento brutal do desemprego, com a marginalização do comércio exterior em muitos países e com a repartição sempre desigual do poder aquisitivo, atividades como as “indústrias multimídias” são as únicas que oferecem possibilidades de expansão.

Caracteriza-se como necessária uma expansão das áreas de investimento do capital. Seguindo este caminho “a internacionalização dos serviços tem a ver também com os grupos industriais, ciosos de manter sua ascendência sobre certas importantes atividades de serviços, complementares às operações centrais” (CHESNAIS, 1996, p. 185)

É um eixo de novas possibilidades de acumulação que Chesnais (1996) identifica no conjunto dessa expansão dos *serviços*. Tem como evidência um movimento de transferência para a esfera mercantil de atividades que antes estavam sob o domínio do Estado, eram estritamente regulamentadas ou administradas pela esfera estatal. Ele identifica que este mecanismo responde ao movimento de mundialização do capital que, por este caminho, encontra suas maiores oportunidades de investimento e de conquista de novos campos também rentáveis, possibilitando uma nova fronteira de lucratividade. De forma estratégica, isso se concretizou por duas vias: a desregulamentação dos serviços e a privatização das grandes estruturas de serviços públicos, a exemplo do setor de telecomunicações e dos bancos estatais.

O setor privado captura para si uma parcela das atividades do setor serviços, e neste caso, de forma bem específica, o potencial lucrativo dos serviços públicos. Como destaca Chesnais (1996, p. 186), “as fusões e aquisições

número de empresas, de 38,2% de pessoas ocupadas e de 28,1% na receita operacional líquida, comparada ao ano de 2000 (IBGE, 2006). “Entre 2000 e 2006, as grandes empresas com mais de 250 funcionários aumentaram de 48,5% para 50,7% a participação na receita do setor” (IBGE, 2006). Entretanto, os rendimentos dos trabalhadores expressam um declínio como demonstram os dados: “Em termos reais, o salário médio caiu 1,3%, ou seja, o rendimento não acompanhou a evolução do PIB do setor e a produtividade cresceu” (IBGE, 2006).

assumiram, no movimento de mundialização dos serviços, a mesma importância que o setor manufatureiro”.

Nestes termos, Mandel (1982, p. 273) expõe um argumento relevante que explicita esta estratégia de expansão mercantil nos serviços públicos. Assim, ele indica que frente à disponibilidade de grandes quantidades de capital que não encontram espaço de valorização na indústria propriamente dita, se coloca como pré-requisito a expansão do setor serviços como novas formas e campos da acumulação de capital. Ele enfatiza que se o capital se acumula em quantidades cada vez mais significativas, e se uma parcela do capital social já não consegue nenhuma valorização, o que se efetiva é que:

As novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais-valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes (MANDEL, 1982, p. 272)

Essas tendências se confirmam no início do século XXI e incorporam outro diferencial à expansão dos serviços: a emergência de uma imbricação entre o mundo produtivo industrial e o setor serviços. A rigor, o que predomina é uma tendência de evolução convergente entre o setor industrial e o de *serviços* de forma que atenda os interesses da acumulação e do mercado.

Frente a essas considerações preliminares, nosso argumento é de que a expansão dos *serviços* é mobilizadora de novas formas de combinação do trabalho assalariado que respondem as interrelações das atividades do setor industrial com as de *serviços*. Expressam novas formas de gestão da força de trabalho condicionadas pelo processo de valorização e das novas formas de subordinação do trabalho ao capital.

A rigor, no atual estágio da produção capitalista poderíamos até não nos referir mais à expansão dos serviços, haja vista que estes já estão integrados de tal forma à produção que, o mais correto, seria privilegiar as particularidades de sua incorporação neste processo produtivo.

Tomando com referência a expressão de Zarifian (2001), de que o setor industrial descobre e incorpora a noção de “serviço”, o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento, fica evidente que nossas preocupações devem extrapolar os fundamentos da expansão do setor serviços. Devem ser

direcionadas para explicitar a modelagem dos *serviços* às exigências do padrão capitalista de acumulação.

Retomando o argumento de Zarifian (2001) de que a tendência é que o setor industrial incorpore a noção de serviço e o setor serviço se industrialize estamos diante de uma aproximação e incorporação de uma lógica racionalizadora que se espraia para as diferentes atividades caracterizadas de *serviços*. Impõem-se, deste modo uma tendência gerencial de adequar os *serviços* ao modelo exigido no mercado privado.

Esses *serviços* assumem sobre o domínio da reestruturação produtiva, um papel estratégico nos processos de distribuição, circulação e consumo de mercadorias, bem como na reprodução social, a exemplo dos serviços públicos oferecidos pelo Estado.

Como destaca Salerno (2001, p.18),

No cerne das inovações trazidas pela reestruturação produtiva em curso, há um aumento da importância da relação de serviço em todo tecido econômico; há ainda a introdução da lógica fabril clássica em partes importantes da produção de serviços de massa (como telefonia, saneamento, sistema financeiro, etc).

Sinalizam-se formas de sociabilidade do trabalho em que as relações capitalistas contemporâneas estão permeadas por conexões densas e interativas que abarcam todos os setores da atividade econômica (SOUZA, 1996). São novos elementos que se apresentam e que precisam ser problematizados e esses argumentos apresentados apenas situam, em linhas gerais, a complexidade que envolve a discussão dos *serviços* sobre as atuais determinações.

2.1.1 Os serviços: as polêmicas do campo conceitual

O debate teórico que envolve a expansão e a consolidação dos *serviços* na estrutura produtiva tem suscitado controvertidas teses para explicar sua tendência dentro desta nova ordem do capital. É um debate polêmico e controvertido que incorporamos a este estudo, mas resguardadas a capacidade e alcance de um debate que não se esgota aqui. Na verdade, apenas trazemos mais elementos para fomentar as polêmicas já em voga e ampliar o escopo de nossas reflexões.

Numa aproximação com as formulações teóricas que dissertam sobre as particularidades dos *serviços* na produção capitalista, identificamos que existem diferentes linhas de argumentação. São produções teóricas que transitam da crítica da economia política clássica a enfoques de cunho mais sociológicos. Algumas produções enfocam a análise dos *serviços* como setor estratégico da economia indicando sua dinâmica, estruturação e potencialidades de produtividade no contexto econômico²⁰. Dentro desse enfoque aparecem alguns estudos a exemplo das produções do IPEA (1998), Kon (2004) e Meirelles (2006).

Em um outro espectro, temos as produções que indicam a expansão dos *serviços*, a conformação que estes assumem no desenvolvimento da produção capitalista e as reflexões que envolvem o caráter não produtivo de suas atividades. A partir deste enfoque contamos como as contribuições de Braverman (1987), Napoleoni (1981), Mandel (1982), bem como algumas contribuições de Marx (1988; 2004) e teóricos marxistas que atualizam o debate como Oliveira (1989; 2005), Teixeira (2008), Antunes (2000), Singer (1989) e Salerno (2001). Outras contribuições também emergem da escola francesa pelos estudos de Chesnais (1996), Zarifian (2001) e Gradey (2001) que vêm atualizando o debate da expansão e conformação dos *serviços* como uma expressão das novas formas de acumulação capitalista requeridas pela reestruturação produtiva do capital. Não podíamos desconsiderar as produções de Offe (1991), Lojkin (1995), que também vêm subsidiando os estudos no campo dos *serviços* e que durante um bom tempo representaram as poucas referências que se tinha acesso sobre o tema, embora estas tenham suscitado polêmicas no campo das análises marxistas.

A rigor, não vamos enveredar por um debate dicotômico, mas vamos apresentar algumas distinções fundamentais que emergem no conjunto dessas produções e que funcionem como parâmetros para iluminar as análises das novas conformações que integram o trabalho em saúde.

Em que pese as diferenças entre os autores, os contextos de suas obras, as aproximações e divergências entre seus marcos teóricos, todos apresentam os *serviços* como um indicador de uma nova conformação da produção capitalista e, é sobre esta orientação que centramos nossas reflexões.

²⁰ Essas contribuições não serão debatidas neste nosso estudo em virtude do enfoque de análise que privilegiamos para a abordagem das particularidades dos serviços públicos de saúde.

Destarte, voltemos a uma observação pertinente feita por Harvey (1996) no início deste capítulo quando ele refere-se aos *serviços* e argumenta: “a exata interpretação (ou, na verdade, definições básicas sobre o que significa um serviço) a ser dada a isso é objeto de considerável controvérsia” (HARVEY, 1996, p. 149). Esse depoimento é um traço evidente de que a temática dos *serviços* revela uma gama de incompreensões e indefinições sobre seus fundamentos.

A produção literária sobre o tema acabou por reforçar essas indefinições ao atribuir ao setor serviços tudo que não comporta aos outros setores da produção econômica, “tudo que não ganha o caráter corpóreo da mercadoria é jogado no terciário” (OLIVEIRA, 1988, p. 141)²¹. Ao nos defrontarmos com essas imprecisões algumas questões estão em evidência: o que caracteriza uma atividade de *serviços*, ou como é tratada usualmente, uma atividade do setor serviços? De que forma podemos situar os *serviços* sobre a gerência dos novos moldes da acumulação capitalista? E que particularidades assumem a força de trabalho inserida nessa atividade?

São questões relevantes que aqui nos propomos a problematizá-las sem, entretanto, formular sínteses conclusivas, mas sim, fomentar um debate. Assumindo este desafio iniciamos recuperando as conceituações dos *serviços* que têm orientado as diferentes argumentações, mas respeitando os objetivos dessa tese e o referencial crítico que ela assume, vamos privilegiar as controvérsias que se operam no campo marxista.

Do ponto de vista da crítica da economia política, o pressuposto inicial que podemos apresentar é a conceituação de Marx (2004, p.118): “*Serviço* não é em geral mais do que uma expressão para o *valor de uso particular* do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade [...]”. Para Marx o *serviço* expressa nada mais que o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho (MARX, 1988, p. 217).

As elaborações de Marx que fazem referência aos *serviços* situam-se no âmago da discussão das categorias *trabalho produtivo* e *trabalho improdutivo*, como

²¹ Na avaliação de Chesnais (1996) a falta de um quadro teórico global impede que se aprecie o lugar ocupado hoje pelos serviços no movimento do capitalismo contemporâneo e de seu modo de acumulação e acrescenta: “A corrente teórica dominante em economia, que se formou, desde do século XIX [...] por sucessivas contribuições, mas também exclusões [...] delimitou o campo dos serviços pelo mais pobre dos métodos: de forma residual. As atividades de serviços, quaisquer que sejam suas características ou lugar que ocupam em relação à produção ou ao consumo doméstico, são [...] classificadas como pertencentes ao setor ‘terciário’, cujas fronteiras são simplesmente definidas por exclusão.” (CHESNAIS, 1996, p. 187)

veremos mais adiante. Ele retoma os serviços para indicar as distinções entre o caráter produtivo ou não do trabalho. Circunscreve os serviços a esfera do consumo, particularmente àqueles *serviços* relacionados à reprodução da força de trabalho, de consumo individual e/ou coletivo, como saúde e educação, mas preserva o seu caráter de uma atividade que se materializa num valor de uso.

As argumentações de Mandel (1982) localizam os *serviços* num processo de divisão crescente do trabalho objetivando-se pela ampliação das funções intermediárias. Ele afirma que

[...] uma divisão crescente de trabalho só pode combinar-se com uma socialização crescente e objetiva do trabalho por meio das *funções intermediárias*: daí a expansão sem precedentes dos setores de comércio, transporte e serviços em geral. (MANDEL, 1982, p. 269).

Analisa ainda, que essas funções intermediárias, também são capturadas pelo capital e as atividades de *serviços* convertem-se “cada vez mais em um *serviço capitalista*, ao mesmo tempo que se torna objetivamente socializado. O alfaiate particular é substituído pela indústria de roupa feita; [...]” (MANDEL, 1982, p. 270).

Na visão de Oliveira (1989) os *serviços* correspondem a uma classe de trabalho ou de divisão social do trabalho em que os seus produtos ou o resultado da aplicação da força de trabalho resultem em produtos imateriais, “são serviços, uma forma muito especial da produção social” (OLIVEIRA, 1989, p. 139). Os *serviços* integram o conjunto das atividades que estão na esfera da circulação, da distribuição e do consumo, mas estes estabelecem e guardam relações com os setores da produção, como a indústria e a agricultura. É com esta interconexão entre os setores da atividade econômica que fica assegurada a acumulação capitalista ²².

Notamos que são apropriações dos *serviços* localizadas em diferentes contextos, mas que respondem ao um mesmo eixo de análise, as relações de produção na sociedade capitalista resguardas no seu tempo histórico.

Divergindo desse enfoque Offe (1994, p. 15) apresenta uma definição funcional dos *serviços*:

[...] o setor de serviços abrange a totalidade daquelas funções no processo da reprodução social, voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade.

²² Oliveira (1989) traz outras contribuições para este debate e optamos por apresentá-las no momento das análises das atuais funções dos serviços na produção capitalista.

E acrescenta,

A identidade ideológica de todas as atividades de prestação de serviços consiste em que todas elas tem a ver com a segurança, conservação, defesa, vigilância, certificação das formas históricas de circulação e das condições funcionais de uma sociedade [...]. Sua característica distintiva é a “manutenção de algo” (OFFE, 1994, p. 18).

Estas interpretações têm como referência a “limitação do paradigma centrado no trabalho”²³, como afirma Offe (1994). Ele projeta os *serviços* como um corpo estranho dentro do universo do trabalho, indicando que é impossível avaliar o desempenho produtivo dos *serviços*. Para Offe, “a racionalidade que governa a atividade produtiva nesse setor não obedece aos mesmos parâmetros do trabalho realizado na indústria”. Teixeira (2008) considera que hoje a maioria dos assalariados exerce atividades relacionadas ao setor serviços, e como neste setor não é possível medir a produtividade do trabalho, o trabalho assalariado, sendo trabalho abstrato, perde sua centralidade

Na aceção de Lojkine (1995) está indicada uma “revolução informacional” que se expressa por uma crescente interpenetração entre informação e produção. Nesta perspectiva, efetiva-se uma interpenetração entre as funções produtivas e funções ditas improdutivas. São estabelecidos novos laços entre produção material e *serviços*, entre saberes e habilidades, que respondem às exigências de interconexão dos mercados e que vinculam o trabalho na indústria, serviços numa rede em que se articulam o *produtivo* e o *improdutivo* (SOUZA, 1996). Dentro dessa argumentação, Lojkine insere os *serviços*, como uma categoria econômica extremamente ampla que reúne “tanto os serviços mercantis, cujo objetivo específico é o lucro, quanto os serviços públicos [...], fundados teoricamente na solidariedade social (seguridade social, cooperação mutualista etc., na saúde ou na educação” (LOJKINE, 1995, p. 187).

Podemos observar que as concepções de Offe (1991) e Lojkine (1995) assumem um outro eixo de interpretação. Elas passam a considerar uma superação

²³ Offe (1994) tem como ponto de partida de sua análise que a complexidade e heterogeneidade das relações sociais e de produção colocam em dúvida a centralidade do trabalho assalariado e afirma: “Sintomas de heterogeneidade crescente colocam em dúvida se o trabalho assalariado dependente *enquanto tal* pode ainda ter um significado preciso e compartilhado pela população trabalhadora e seus interesses e atitudes sociais e políticos. Esses sintomas levantam a possibilidade de o trabalho, em certo sentido, ter-se tornado ‘abstrato’, de tal forma que pode ser considerado apenas uma categoria analítica para explicar as estruturas sociais, os conflitos e a ação” (OFFE, 1994, p. 176)

da relação antagônica entre capital e trabalho, indicando os *serviços* como a evidência de que o trabalho abstrato perdeu a centralidade no mundo contemporâneo. Para Offe, pela impossibilidade dos serviços incorporarem a racionalidade do setor produtivo. O outro argumento é conferido ao potencial que se atribui aos *serviços* de estabelecer uma interconexão entre produção e serviços, destacado por Lojkine, consagrando a superação de uma divisão do trabalho que considera dicotômica entre *trabalho produtivo e improdutivo*.

As conceituações apresentadas podem demonstrar por vezes imprecisões, incompreensões, equívocos teóricos sobre o significado dos *serviços*, mas também apresentam parâmetros de análise possíveis de serem problematizadas e atualizadas para orientar uma análise dos *serviços* na contemporaneidade. Certamente que são evidentes também as divergências entre algumas conceituações apresentadas, que impossibilitam correlações e articulações, pois a tentativa de agrupá-las incorrerá num equívoco teórico-metodológico.

2.1.2 Os serviços na lógica do capital: alguns elementos para o debate

Seguindo com nossas análises, partimos para apresentar os argumentos analíticos que julgamos poder situar os *serviços* sob a gerência dos novos moldes da acumulação capitalista. Neste sentido, iniciamos pelas origens das polêmicas teóricas que cercam a temática dos *serviços*.

Segundo Oliveira (2006), o papel e a função dos serviços na economia não têm sido matéria atraente para os economistas, a julgar pela literatura existente²⁴. Problematizando este seu argumento Oliveira (1988; 2006) recupera uma clássica contribuição literária que tem orientado as discussões referentes ao setor serviços. Ele destaca a obra clássica do teórico inglês Colin Clark publicada nos anos de 1950 com a tradução para o português de “As condições do progresso econômico”, que trouxe como base um modelo empírico de análise que propõe a desagregação do conjunto das atividades econômicas em três setores: Primário, Secundário e Terciário²⁵. Para Oliveira (1989) o modelo proposto por Clark parece

²⁴ O autor faz esta referência considerando as poucas produções disponíveis sobre o aprofundamento da temática dos serviços.

²⁵ Segundo Oliveira (1989, p 140) com esses parâmetros “as porcentagens de emprego e renda de cada setor na formação do produto social *indicariam* o grau de progresso, de avanço, ou de

estabelecer uma espécie de lei evolutiva da divisão social do trabalho ao nível desses três grandes setores. Analiticamente, este modelo tem servido de paradigma para a observação da participação dos três setores no Produto Interno Bruto, tomando-se a elevação relativa do produto Secundário (industrial) e do produto Terciário (dos serviços) como sinal de diversificação e desenvolvimento econômico.

Oliveira (2006) lembra que este modelo analítico exerceu, e ainda exerce influência nas análises econômicas e sociais das produções acadêmicas contemporâneas e esta apropriação e reprodução analítica tem provocado inequivocamente muitas controvérsias.

Na avaliação de Oliveira (2006) o modelo estruturado por Clark tem sido apropriado num sentido equivocado, qual seja,

[...] o de confundir as relações formais entre os três setores com as relações estruturais, isto é, com o papel que cada um desempenha no conjunto da economia e com o papel interdependente que jogam entre si (OLIVEIRA, 2006, p. 53).

E acrescenta,

O modelo de Clark é, repita-se, empírico-formal: ele assinala apenas as formas da divisão social do trabalho e sua aparição seqüencial. Quando é utilizado para descrever uma formação econômico-social concreta ou um modo de produção, necessário se faz indagar das relações estruturais entre os setores e do papel que cada um cumpre na estruturação global do modo de produção concreto (OLIVEIRA, 2006, p. 53).

Institucionalizou-se um esquematismo a partir das referências de Clark que comprometem as análises dos determinantes históricos que envolvem a “divisão social do trabalho, as relações técnicas que emergem a partir da configuração de certos modos de produção, dando menos atenção a esses aspectos e [...] ao aspecto das relações intersetoriais” (OLIVEIRA, 1989, p. 140). Esse enfoque restringe as análises dos *serviços* e oculta seu papel no processo de produção capitalista.

desenvolvimento econômico, na linguagem mais asséptica do segundo pós-guerra”. Desta forma, apreende-se que “uma economia com alta porcentagem de emprego e renda na agricultura seria – com algumas ressalvas – uma economia atrasada, subdesenvolvida, enquanto uma economia com alta participação da indústria [...] indicaria uma economia desenvolvida, sendo que o grau mais avançado de desenvolvimento corresponderia a economias onde predominassem os serviços na formação da renda e na estrutura do emprego” (OLIVEIRA, 1989, p. 140).

Zarifian (2001) considera que essa distinção entre setor industrial e setor dos serviços, que refere as distinções entre o setor secundário e setor terciário, não é mais apropriada frente ao conjunto das interrelações econômicas que se apresentam no universo da produção. E acrescenta destacando que o que precisamos compreender é que se processa uma mudança atingindo a ambos os setores, mesmo com suas incontestáveis diferenças. É nesse sentido que o autor considera que estes setores assumem uma evolução convergente em que simultaneamente se incorpora aos serviços a lógica da produção industrial ao tempo em que a noção de serviços é apropriada pelo setor industrial²⁶.

Nesta direção, é necessário ter como parâmetro a superação da visão compartimentalizada da inserção dos serviços na produção capitalista. Retomando os argumentos de Oliveira (1989) este lembra que a divisão social do trabalho é que expressa o nível de desenvolvimento econômico das forças produtivas, seu grau de concentração e centralização de capital, a produtividade da força de trabalho e sua organização econômica e política. Sob este enfoque é possível uma outra interpretação frente à complexidade das atividades econômicas que interagem neste momento considerando que

Novas atividades na divisão social do trabalho requerem substanciais mudanças formais, que são ao mesmo tempo mudanças de conteúdo [...]. Em muitos casos, a mudança na forma é que determina o novo caráter da divisão social do trabalho; não se trata, propriamente, da criação de uma nova atividade, mas de sua separação – daí o conceito de “divisão” – de um conjunto anterior de trabalho simples (SOUZA, 1996 apud OLIVEIRA, 1996, p. 38).

E completa, “em presença de grandes organizações econômicas, a divisão social do trabalho não expressa apenas relações técnicas que são quantitativamente distintas, mas relações sociais qualitativamente diversas” (OLIVEIRA, 1989, p. 143).

Nesta direção agregamos outra importante argumentação destacada por Mandel (1982, p.265) que afirma: “o modo de produção capitalista, enquanto produção generalizada de mercadorias implica um desenvolvimento constante da divisão social do trabalho”²⁷. Isso assegura, segundo Mandel (1982), que quanto

²⁶ Esse argumento ainda será objeto de discussão no decorrer deste capítulo.

²⁷ Mandel (1982) faz esta referência a partir da argumentação de Marx que afirma: “Sendo a produção e circulação de mercadorias condições fundamentais do modo de produção capitalista, a divisão

mais generalizada a produção de mercadorias e quanto mais avançada a divisão do trabalho, tanto mais funções precisam ser racionalizadas de forma a assegurar o fluxo da produção e venda das mercadorias.

Esses argumentos explicitam uma tendência de significativa penetração de capital nas mais distintas atividades econômicas e isso já é assinalado por Mandel como uma característica do capitalismo tardio, ao referir:

A mecanização, a padronização, a super-especialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social. [...] A industrialização da esfera da reprodução constitui o ápice desse processo (MANDEL, 1982, p.271).

O que se concretizou foi uma expansão do capital para áreas tradicionalmente consideradas não produtivas, no sentido de não gerar mais-valia²⁸, expressando uma significativa penetração de capital nas esferas da circulação, dos serviços e da reprodução, que na argumentação de Mandel (1982) pode levar a um aumento da massa de mais valia. Este capital reconhece a possibilidade de expandir sua lucratividade para além das fronteiras da produção industrial muito mais agora sobre os auspícios da mundialização.

Em sua profícua contribuição ao debate dos *serviços* Chesnais (1996)²⁹, aponta a tendência da internacionalização dos serviços deixando à margem a interpretação residual e inexpressiva atribuída antes aos *serviços*. Ele reconhece que a análise da internacionalização dos serviços enfrenta consideráveis problemas teóricos pela ausência de um quadro teórico global que possibilite visualizar os *serviços* no marco do capitalismo contemporâneo. Ao categorizar os *serviços* como toda atividade que não se enquadra no setor manufatureiro, na construção civil, na agricultura ou na extração mineral, os *serviços* passam a se inserir por exclusão no setor denominado de terciário. Este enfoque, como vimos, parece minimizar as

manufatureira do trabalho pressupõe que a divisão do trabalho na sociedade tenha atingido certo grau de desenvolvimento” (MARX, 1988, p. 404).

²⁸ O enfoque sobre o caráter produtivo e improdutivo das atividades em expansão será ainda objeto de aprofundamento neste capítulo.

²⁹ François Chesnais aborda a questão dos serviços como uma nova fronteira para a mundialização do capital, neste sentido o vetor principal da internacionalização nessa área é o Investimento Externo Direto – IDE que apresentou um crescimento significativo “nos serviços financeiros, seguros e serviços imobiliários, bem como na grande distribuição concentrada” e acrescenta, “a internacionalização dos serviços tem a ver também com os grupos industriais, ciosos de manter sua ascendência sobre certas importantes atividades de serviços, complementares às suas operações centrais” (CHESNAIS, 1996, p. 185).

intensas transformações ocorridas no interior do modo de produção capitalista, o que corresponde a omitir as modificações ocorridas na divisão social do trabalho. Nessa direção, este enfoque passa a ser insuficiente para responder ao movimento da internacionalização dos serviços por desconsiderar uma nova conformação das atividades econômicas em permanente interrelação.

Chesnais (1996, p. 188) adverte que,

Enquanto não se dispõe de uma teoria que dê conta do lugar atual dos serviços na acumulação, vamos nos limitar a apresentar uma interpretação inicial do interesse que os grupos industriais têm pelos serviços, a ponto de neles investirem, no exterior, de forma bastante vultosa.

Outros elementos já se apresentam na dinâmica da produção capitalista e é premente novas análises que indique o lugar que os *serviços* ocupam no processo de valorização do capital.

Convergindo com os argumentos teóricos apresentados anteriormente, Chesnais considera que a contraposição entre o setor industrial e os serviços está sendo abalada, “tanto pelos serviços ‘invadindo’ o setor manufatureiro, como pela indústria, cujas companhias, por sua vez, estão se diversificando no sentido dos serviços” (CHESNAIS, 1996, p. 188) ³⁰.

A concretização dessa complexa relação é destacada por Salerno (2001) que alerta que a produção de um bem material vem associada a um conjunto de serviços. Esses serviços se relacionam a garantia para defeitos, assistência técnica, financiamento, entregas personalizadas, ou seja, a “indústria incorpora mais e mais, nos seus negócios e na sua estratégia competitiva, um pacote de serviços associado a seus produtos” (SALERNO, 2001, p. 13). Por outro lado, também se reconhece a possibilidade de uma “industrialização dos serviços” pela freqüente incorporação e aplicação de técnicas e métodos tipicamente associados à indústria como a padronização de produtos, a parcelização do trabalho, a separação entre planejamento e execução do trabalho, retratando toda a lógica produtiva do taylorismo (SALERNO, 2001, p. 13).

³⁰ Chesnais ainda acrescenta que esta complementariedade entre indústria e serviços não expressa uma convivência pacífica considerando que “o porte dos grupos que se constituíram em certos ramos de serviços, o montante dos capitais comprometidos com as formas diversificadas da internacionalização representam uma potencial ameaça aos grupos industriais” (CHESNAIS, 1996, p. 190).

Estamos em presença de duas lógicas, a lógica industrial e a lógica dos *serviços* que se agregam numa relação tensa e ambivalente. A primeira tem sua origem na produção industrial racionalizadora da produtividade, que incorpora os preceitos do fordismo e as transformações ocorridas nos modelos produtivos. Ela raciocina privilegiando a maximização de sua produtividade direta avaliando o mercado e a evolução de seu faturamento. Tem no consumidor apenas a estratégia para aumentar sua lucratividade. A lógica dos *serviços*, como argumenta Zarifian, tem sua base nos serviços públicos e tem como idéia principal “que o serviço não é somente o ponto de chegada da produção. É também o ponto de partida [...]” (ZARIFIAN, 2001, p. 70). Nesse sentido, o autor destaca que nesta lógica se incorpora a “missão de serviço público” indicando que é a finalidade, a função social que deve orientar toda a organização e sobre a qual se julgam os resultados.

Esta lógica parece funcionar numa direção inversa da lógica industrial privilegiando a relação estabelecida com o destinatário, com a clientela com a qual mantém uma relação direta, criando laços de confiabilidade, compromisso e fidelidade. A “produção de serviços”, como define Zarifian, tem como foco as condições de existência dos indivíduos e o serviço deve agir “sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário (um cliente, um usuário), de maneira que responda às necessidades e expectativas deste último” (ZARIFIAN, 2001, p. 69).

Na produção capitalista contemporânea evidencia-se uma simbiose dessas duas lógicas, a noção de serviço originária do serviço público que enfatiza o protagonismo do usuário é incorporada pelo setor industrial que, frente a acirrada concorrência, investe em ações que beneficiem a satisfação dos clientes e se traduzam em melhoria da qualidade dos produtos. Esta citação reflete bem esta tendência:

Para as grandes empresas públicas ou em processo de privatização, foram ditas cláusulas de compromisso de serviço que indicam quais são os compromissos que a empresa assume, perante os usuários, a fim de assegurar um serviço de qualidade. Essa concepção infiltrou-se no setor privado e tornou-se um dos referenciais da estratégia das firmas. As firmas privadas em cujo setor há forte concorrência se referem cada vez mais ao “serviço” que elas prestam e multiplicam as pesquisas sobre a satisfação dos clientes (ZARIFIAN, 2001, p. 70).

A tendência que se configura é uma combinação da lógica industrial e da lógica de serviços num mesmo modelo produtivo, mas que não necessariamente implique numa dualidade. Salerno (2001) alerta que para escapar das armadilhas da dualidade indústria-serviços, pode-se lançar mão do conceito de “relação de serviço”. Este conceito está incorporado nos estudos de Gradey (2001) e Zarifian (2001), que trata não do setor de serviços em si, mas da intensidade das relações e interações entre os atores envolvidos na oferta e na demanda, “atores esses que cooperariam em diferentes graus para a obtenção de serviços e de efeitos úteis” (SALERNO, 2001, p. 17).

Gradey indica que as relações de serviço se expressam nas “interações de informação, interações verbais, contatos diretos e trocas interpessoais entre os produtores e os beneficiários do serviço” (GRADEY, 2001, p. 39). De forma genérica,

Relações de serviços poderiam ser concretizadas como modalidades de interconexão entre os prestadores de serviço e os clientes a propósito da resolução do problema pelo qual o cliente se dirige ao prestador (SALERNO, 2001, p. 17)

O ponto de referência desta argumentação, como observa Salerno (2001) é a co-produção entre prestador e prestatário, entre o produtor e o cliente. Uma relação que se expressa por um controle conjunto das operações proposta e o cliente e/ou usuário se qualifica como um ator pertinente na gestão das atividades e serviços, estando esta relação particularmente evidenciada nos serviços públicos.

Como síntese dessas argumentações poderíamos apresentar que,

No cerne das inovações trazidas pela reestruturação produtiva em curso, há um aumento da importância da relação de serviço em todo tecido econômico; ainda há a introdução da lógica fabril clássica em partes importantes da produção de serviços de massa (telefonía, saneamento, sistema financeiro, etc.), [...] (SALERNO, 2001, p. 18).

Visto sob o ângulo das necessidades do capital os *serviços* passam a corresponder as novas modalidades da acumulação prevendo uma relação de complementariedade, que incorpora às suas particularidades os mecanismos de lucratividade que lhe assegurem um papel estratégico na produção e manutenção da produção mundializada.

É inconteste a imbricação crescente entre o setor produtivo e o de *serviços*, cada vez mais se aproximam numa lógica e racionalidade predicada ao

mundo produtivo, gerando uma interpenetração recíproca entre eles, como destaca Antunes (2000). São indicativos de uma complexidade do sistema produtivo capitalista que tem na expansão do setor serviços outros mecanismos para expandir sua lucratividade.

Mandel (1982) acrescenta que a expansão do setor de serviços capitalistas,

Reflete a enorme expansão das forças produtivas socio-técnicas e científicas e o crescimento correspondente das necessidades culturais e civilizatórias dos produtores, exatamente como reflete a forma antagônica em que essa expansão se realiza sob o capitalismo: pois ela se faz acompanhar de uma supercapitalização crescente (dificuldades de valorização do capital), de dificuldades crescentes de realização, de desperdício crescente de valores materiais e de alienação e deformação crescente dos trabalhadores em sua atividade produtiva e em seu âmbito de consumo (MANDEL, 1982, p. 282).

Seguindo outro eixo de argumentações, destacamos as interpretações de Lojkine (1995) que defende a ocorrência de uma revolução informacional, expressa por uma nova revolução tecnológica - a da informação. Sob essa nova ocorrência os *serviços* passam a adquirir um peso fundamental, tanto na indústria quanto no setor não produtivo, e acrescenta, “o funcionamento daquelas primeiras sociedades de ‘serviços mútuos’ repercute entre nós com outra intensidade” (LOJKINE, 1995, p. 186). Ele considera que os critérios que mensuram a produtividade do capital entram em crise em função do incremento de atividades econômicas nas quais a qualidade dos serviços impõe-se sobre o rendimento em volume e sobre a taxa de ocupação da força de trabalho. E acrescenta que é preciso “[...] compreender a racionalidade de uma sociedade em que a produção material é dominada pela prestação social e pelas relações diretas entre os homens” (LOJKINE, 1995, p. 186).

As ponderações de Lojkine inserem-se numa perspectiva de interação entre produção industrial e serviços, em que os serviços assumem uma preponderância no sistema produtivo. Ele afirma que uma nova relação se estabelece a partir da “revolução informacional” e explica,

Nesta revolução, de fato, o homem não deixa de transformar a matéria, em proveito de atividades puramente comunicacionais. Mas a verdade, atualmente, é que cada vez é menos preciso matéria, a um custo progressivamente menor, e gasta-se mais com “recursos humanos” para obter um produto – especialmente, um produto que incorpore componentes micro eletrônicos [...] (LOJKINE, 1995, p. 186)

Esses argumentos entram em rota de colisão com as fundamentações assumidas em nossas análises. As evidências empíricas e teóricas apresentam, como analisamos no capítulo primeiro desta tese, que as exigências colocadas à força de trabalho no contexto atual, indicam que o trabalho vivo tem sido cada vez mais negligenciado, subalternizado e apropriado para atingir aos interesses da acumulação. Longe está de substituir os investimentos em capital constate. Atribuir uma notoriedade aos recursos humanos nos *serviços* é negligenciar e desconsiderar que estamos sob a égide da economia do trabalho vivo pela via de sua máxima exploração. A produtividade do trabalho é maximizada, ou seja, produzir mais e melhor, em um tempo mais restrito, e potencializando a capacidade de produção da força de trabalho. Difícil é que qualquer atividade econômica sobreviva fora deste marco, ou melhor, sobreviva fora desta lógica produtiva sem estar, mesmo que indiretamente, adequada as essas novas exigências.

A partir das referências apresentadas é possível localizar o setor serviços no contexto da reestruturação produtiva e se apropriar do fundamento das polêmicas que envolvem esta inserção significativa dos *serviços* como potencializador da lucratividade do capital. Entretanto, o setor serviços também é protagonista de um outro debate, no campo da crítica da economia política clássica, que corresponde ao caráter *produtivo* e *improdutivo* do trabalho exercido nesta atividade. Achamos relevante recuperar este debate porque ele também envolve as particularidades do trabalho nos serviços públicos.

2.2. Trabalho produtivo e trabalho improdutivo: uma reapropriação na análise do setor serviços

A reflexão que envolve as categorias de *trabalho produtivo* e *trabalho improdutivo* incorpora um outro vetor de análise à discussão do *setor serviços*: o caráter não produtivo atribuído aos *serviços*. Este eixo de discussão incorpora as polêmicas já presentes no campo dos *serviços* e revela um outro confronto teórico de peso nas ciências sociais, as controvérsias da centralidade do trabalho enquanto categoria fundante do mundo dos homens, no dizer de Lessa (2001). É sob as influências de um debate teórico sobre “o fim da sociedade do trabalho” que se

retroalimentam os questionamentos sobre o que é *produtivo* e *improdutivo* para o capital.

Algumas indagações formuladas por estudiosos do campo da crítica da economia política³¹ demonstram a pertinência e relevância de um debate que tanto recupera a vitalidade das categorias de análise de orientação marxista como, apresenta elementos para repensar os *serviços* frente às novas configurações econômicas e sociais.

Ao questionar se o capital investido no *setor serviços* é ou não *produtivo* e se o trabalho executado pelos trabalhadores assalariados nesse setor é *produtivo* ou *improdutivo*, Mandel (1982), procura respostas para atualizar os limites exatos do capital produtivo. Ele considera que

A fórmula 'no capitalismo, trabalho produtivo é trabalho que cria mais valia' é inadequada para essa definição. Embora em si mesma seja correta, ainda assim é uma tautologia. Não responde à questão dos limites do trabalho produtivo, apenas a apresenta de outra forma (Mandel, 1982, p. 282).

De forma complementar Oliveira (2006), considerando o *crescimento dos serviços* na produção econômica brasileira, indaga se a produção de serviços de intermediação ou de publicidade não representa também “trabalho socialmente necessário para a reprodução das condições do sistema capitalista [...]”. Ele pondera que dificilmente se poderia contestar que não, a produção de *serviços* faz parte, “inclusive, da reprodução da mercadoria que distingue o capitalismo de outros modos de produção: da mercadoria *trabalho*” (OLIVEIRA, 2006, p. 54).

As indagações refletem que é necessária uma reapropriação das categorias analíticas marxistas que qualificam o debate sobre o *trabalho produtivo* e *trabalho improdutivo* sobre a égide do capitalismo contemporâneo.

³¹ Os estudiosos deste tema já foram referidos no início deste capítulo.

2.2.1 O trabalho produtivo e o trabalho improdutivo: diferentes enfoques de um debate

Nas análises recentes do *setor serviços* comparecem hipóteses explicativas formuladas em torno do *caráter produtivo* ou *não da produção dos serviços* no atual estágio do capitalismo.

Os enfoques das análises marxistas que localizam os *serviços* no cerne desta discussão transitam da tese da imaterialidade do trabalho³², destacada por Claus Offe (1994), à reatualização e reapropriação dessas categorias marxistas no contexto da valorização do capital. Com este enfoque tem destaque os estudos de Mandel (1982), Napoleoni (1981) e também, com os mais contemporâneos como Chesnais (1996), Oliveira (1989; 2006), Teixeira (2008), entre outros.

Ora, o fundamento deste debate, tem sua referência na clássica análise desenvolvida por Marx (1988)³³, que faz uma qualificação diferenciada entre *trabalho produtivo* e *trabalho improdutivo* situando-os no modo de produção capitalista, sob as requisições da efetiva valorização do capital. Os argumentos construídos colocam em discussão o trabalho que se dá sob uma determinada formação sócio-histórica, o trabalho situado numa determinada relação social capitalista.

Esta referência é fundamental para conduzir nossas reflexões no sentido de inserir esta discussão entre o *trabalho produtivo* e *improdutivo* no cerne da realidade da produção capitalista que deve considerar as formas e significados que o trabalho assume para desempenhar sua “precípua” função de produzir lucro num determinado contexto.

Partindo desta referência, Marx (1980) desenvolve sua análise teórica enfatizando que, do ponto de vista do capital, o *trabalho produtivo* é aquele que produz mais- valia, “só o trabalho que se transforma diretamente em capital é produtivo” (MARX, 1980, p. 388). Nos escritos da obra “As teorias da mais-valia”, Marx localiza no interior da relação capitalista o *trabalho produtivo* e o conceitua:

³² Uma discussão aprofundada e atualizada sobre a tese da imaterialidade do trabalho pode ser encontrada em LESSA, Sérgio. **Para além de Marx?** Crítica da teoria do trabalho imaterial. São Paulo: Xamã, 2005. Em suas análises Lessa apresenta que a formulação original da teoria da imaterialidade do trabalho deve-se a Antônio Negri, Michel Hard e Maurizio Lazzarato.

³³ Napoleoni (1981, p. 96) adverte que “esses dois termos ‘trabalho produtivo’ e ‘trabalho improdutivo’, não são originários de Marx; ele os toma da economia política clássica, a qual por sua vez, os havia tomado da fisiocracia. Portanto, esses dois conceitos têm uma história já bastante longa quando Marx escreve”. Da economia política clássica, os conceitos formulados por Adam Smith, David Ricardo e Malthus foram a fonte de interlocução com a qual Marx constrói suas argumentações.

Trabalho produtivo no sentido da produção capitalista é trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (a parte de capital despendida em salário), além de reproduzir essa parte do capital (ou o valor da própria força de trabalho), ainda produz mais-valia para o capitalista. Só por esse meio, mercadoria ou dinheiro se converte em capital, se produz como capital. (Isso equivale a dizer que o trabalho assalariado reproduz, aumentada, a soma de valor nele empregada ou que restitui mais trabalho do que recebe na forma de salário. Por conseguinte, só é produtiva a força de trabalho que produz valor maior que o próprio). (MARX, 1980, p.132).

Nessa argumentação fica explícito que só o trabalho que produz capital é trabalho *produtivo*. Marx acrescenta que do ponto de vista do processo de trabalho em geral, representa-se como *produtivo* aquele trabalho que se realiza num *produto*, mais concretamente numa *mercadoria* (MARX, 2004). Seguindo essa lógica, o *trabalhador produtivo* é aquele que, na perspectiva do capital, reproduz o valor completo dos meios de subsistência contidos no salário, e o reproduz “com um lucro” (aspas do autor). (MARX, 1980, p.136).

Em suma, “é *produtivo* o trabalhador que executa um *trabalho produtivo* e é *produtivo* o *trabalho* que gera diretamente mais-valia, isto é, que *valoriza* o capital” (MARX, 2004, 109)³⁴.

Nesse processo, explicita Marx (2004), não é o trabalhador individual que se converte “no agente real” do processo de trabalho, mas sim uma *capacidade de trabalho socialmente combinada* (grifos do original) argumentando:

[...] não é o operário individual que se converte no agente [...] real do processo de trabalho no seu conjunto mas sim uma *capacidade de trabalho socialmente combinada*; e, como as diversas capacidades de trabalho que cooperam e formam a máquina produtiva total participam de maneira muito diferente no processo imediato de formação de mercadorias, ou melhor, neste caso, de produtos – um trabalha mais com as mãos, outro mais com a cabeça, este como diretor [...], engenheiro [...], técnico etc., [...] aqueloutro como operário manual ou até como simples servente – temos que são cada vez mais em maior número as *funções da capacidade de trabalho* incluídas no conceito imediato de *trabalho produtivo*, diretamente explorados pelo capital e *subordinados* em geral ao seu processo de valorização e de produção (MARX, 2004, 110).

Partindo dessa categorização, é possível incluir nesta configuração de *trabalho produtivo*, as formas de trabalho que intervêm no processo produtivo tendo como meta a criação de mais-valia.

³⁴ Embora tenhamos feito referência as formulações teóricas de Marx sobre trabalho produtivo e improdutivo expressos no texto de As teorias da mais-valia (1980), esta citação refere-se ao Capítulo VI inédito de o Capital que também expõe ponderações de Marx sobre este o tema.

Essa primeira categorização da relação do trabalho no processo produtivo que qualifica o *trabalho produtivo* também requisita que se explicita seu anverso, o que define o trabalho como *improdutivo*.

Marx (2004) atribui ao *trabalho improdutivo* a propriedade de não produzir mais-valia. Dessa forma, todo trabalho que não se troca por capital, mas diretamente por renda, ou por salário é designado como *improdutivo*. Nessa passagem do Capítulo VI – inédito de O Capital esta categorização fica bem explícita:

Todo o trabalhador produtivo é um assalariado mas nem todo o assalariado é um trabalhador produtivo. Quando se compra o trabalho para consumir como *valor de uso*, como *serviço*, não para colocar como *fator vivo* no lugar do valor do capital variável e o incorporar no processo capitalista de produção, o trabalho não é produtivo e o trabalhador assalariado não é trabalhador produtivo. O seu trabalho é consumido por causa do seu *valor de uso* e não como trabalho que gera *valores de troca*; é consumido *improdutivamente*. O capitalista, portanto, não o defronta como capitalista, como representante do capital; troca o seu dinheiro por esse trabalho, mas como *rendimento*, não como *capital* (MARX, 2004, p. 111).

Nesses termos, Marx não nega a utilidade particular ou coletiva da prestação de um determinado *serviço*, mas considera que esta forma de trabalho configura uma relação econômica, sem, entretanto, gerar mais-valia. Argumenta que, para a determinação econômica desta relação “não importa que o médico me cure, o professor tenha sucesso no ensino [...]. O que se paga é a prestação do serviço como tal, cujo resultado, dado o caráter do serviço, não pode ser garantido por quem presta” (MARX, 1980, p.399).

No tocante a esta categorização do caráter *improdutivo* do trabalho uma reflexão apresentada por Napoleoni (1981), ao analisar o Capítulo VI – inédito de O Capital, é válida para auxiliar nas mediações que precisamos estabelecer para construção de nossos argumentos nessa tese. Napoleoni (1981) apresenta uma qualificação quanto ao universo do *trabalho improdutivo*. Em sua leitura, ele identifica que, os trabalhadores inseridos na categoria de *improdutivos* assumem duas configurações: os *suscetíveis* de se tornarem produtivos, no caso em que o processo produtivo de que participam viesse a ser incluído numa relação capitalista. E os *inevitavelmente improdutivos*, por participarem num processo produtivo que de nenhum modo poderia ser incluído numa relação capitalista (NAPOLEONI, 1981, p. 105).

Certamente ele tomou como referência este argumento de Marx (2004, p. 115):

Um mestre escola que ensina outras pessoas não é um trabalhador produtivo. Porém, um mestre escola que é contratado com outros para valorizar, mediante o seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento [...] é um trabalhador produtivo.

Apropriando-se dessas indicações vislumbra-se uma situação em que a produção de bens e serviços é incorporada numa relação de compra e venda nos moldes capitalistas, transformando e redimensionando o que era *improdutivo* em potencialmente *produtivo*. Segundo Napoleoni (1981, p.105), isso permitiu que Marx considerasse este trabalho como *improdutivo* de fato, mas não em princípio. Por outro lado, os *inevitavelmente improdutivo*s, estariam, categorizados por Marx, por *improdutivos* em princípio, pois o que eles fazem não poderia ser realizado no interior de uma relação capitalista. Neste caso, estariam incluídos, na acepção de Marx, os trabalhadores domésticos, os padres, os funcionários públicos, entre outros.

Uma questão substantiva emerge dessa possibilidade de transmutação da condição de *trabalho improdutivo* para *produtivo*. Marx (1980, p. 137) pondera que as distinções consideradas não decorrem propriamente da qualificação material do trabalho, nem da natureza do produto, nem da destinação do trabalho, mas sim da forma socialmente determinada, das relações sociais de produção em que ele se realiza. Nesta direção podemos inferir que não é a atividade em si que define o caráter *produtivo* e *improdutivo do trabalho e do trabalhador*, mas sua inserção no processo de valorização do capital.

O fato de Marx situar sua categorização do *trabalho produtivo* e *improdutivo* imerso nas determinações históricas do contexto capitalista, permite-nos estabelecer parâmetros para o alcance de suas argumentações.

Como bem lembra Braverman (1987, p. 357), “Marx não previu nem pretendeu prever a extensão do aumento de um estrato (sic) de assalariados no comércio e sua transformação num proletariado comercial”. Mesmo afirmando a capacidade de o capital revolucionar seus meios de produção na perspectiva de garantir a lucratividade da produção capitalista, Marx não podia projetar a incorporação, ao mercado de “produtivas” e “improdutivas” formas de trabalho. Marx

expressou em seu arsenal categorial as análises possíveis do padrão capitalista de acumulação de seu tempo e suas explicações respondem, coerentemente, à realidade a qual vivenciara.

Ao remetermos esta discussão para as relações capitalistas atuais, muito há que ser reapropriado e recriado para explicar o *elo* que une e, ao mesmo tempo, separa o *trabalho produtivo* do *trabalho improdutivo* (SOUZA, 1996).

As investidas de atualização deste debate tiveram, por vezes, a conotação de diluir as diferenças entre as duas categorias. Na compreensão de Lojkine (1995) a interação entre produção e serviços representa a possibilidade de que, "pela primeira vez numa sociedade de classes, surja a perspectiva histórica de superar a divisão entre os que produzem e os que pensam a produção, entre produtivos e os improdutivos" (LOJKINE, 1995, p.229). A rigor, ele trabalha na perspectiva de uma aproximação que acabe por tornar irrelevante a distinção do caráter produtivo ou não do trabalho, mas uma aproximação que acompanhe a revolução - indicada por ele como informacional – das formas de incorporação da força de trabalho à produção capitalista.

Entretanto, Lojkine (1995) faz uma ponderação relevante que não deve ser desconsiderada, em que pese seus outros argumentos contrários a nosso foco de análise. Ele argumenta que não se trata de "uma simples substituição do material pelo imaterial (a inteligência)", o que prevalece é a "nova interação entre material e imaterial, forças produtivas materiais e forças produtivas humanas" (LOJKINE, 1995, p. 258). Em sua interpretação o que ocorre é uma interpenetração das funções produtivas e as ditas improdutivas em que se processam novas relações entre produção material e *serviços* para atender as requisições dos mercados. São requisições que demandam a vinculação entre o trabalho na indústria, serviços, pesquisa científica articulando numa rede de relações o "produtivo e o "improdutivo", indicando a emergência ou a substituição das formas de organização e prestação de serviços (COSTA, 1998; SOUZA, 1996).

Seguindo esta interpretação o argumento de Lojkine (1995) é válido para indicar que os serviços, mesmo que ele os indique como informacionais, não estão isolados na esfera do imaterial. Eles requisitam suportes físicos e/ou meios de consumo coletivos que não sendo produtivos – no sentido estrito – intervêm, e participam de modo significativo no crescimento e na produtividade global do trabalho. Esta lógica também perpassa outros argumentos levantados por seus

críticos, mas, as discordâncias parecem estar centradas no fundamento da interpretação que se segue.

Para Lojkine, esta interpenetração interfere nos modos de avaliação do *trabalho produtivo* e do *trabalho improdutivo*. Este argumento tem como base as formas de mensurar a produtividade dos serviços modernos e afirma que “justamente porque não produzem, por si mesmas, produtos materiais, mas os consomem, as atividades de serviços não podem ser submetidas ao mesmo critério de ‘produtividade’ das atividades produtivas” (LOJKINE, 1995, p. 274).

Corroborando com esta mesma linha de análise estão as argumentações de Offe (1994; 1989) que também considera inviável avaliar o desempenho dos trabalhadores do setor serviços. Ele afirma que a racionalidade que orienta o trabalho nos *serviços* não é a mesma que prevalece no setor industrial, considerando que as atividades dos *serviços* fogem ao padrão industrial, caracterizadas como uniformizada, simplificada e indiferenciada (TEIXEIRA, 2008).

Teixeira (2008, p. 70) apresenta uma crítica a esses argumentos destacando que, “Hoje, mais do que nunca, o trabalho no setor de serviços é altamente padronizado, rotineiro e acima de tudo, uniformizado”. E enfatiza: “A eficiência e a produtividade dos trabalhadores empregados nesses setores da economia são, agora, mensuradas e avaliadas da mesma forma como acontece na indústria” (TEIXEIRA, 2008, p.72).

Podemos evidenciar uma apropriação inadequada, porque não dizer, equivocada da categorização distinta entre *trabalho produtivo* e *trabalho improdutivo*.

Ao relacionar o trabalho produtivo aos que produzem e o improdutivo aos que pensam, desconsidera-se que o caráter produtivo atribuído ao trabalho tem relação direta com sua inserção numa relação capitalista, que é a expressão do trabalho que gera mais-valia.

2.2.2 Os serviços: sua apropriação na lógica do capitalismo contemporâneo

Assumindo um outro eixo de interpretação Mandel (1982), reafirma a propriedade e relevância de reconsiderar o caráter produtivo ou não do trabalho do setor serviços. Segundo o autor a expansão do setor de serviços no capitalismo tardio é tão significativa que “absorve uma parte considerável do capital social

agregado” desta forma, “uma definição correta dos limites exatos do capital produtivo assume a maior relevância” (MANDEL, 1982, p. 282).

Mandel (1982) recupera em Marx, uma formulação que ele considera reveladora das fronteiras do trabalho produtivo no capitalismo e destaca,

Se, por uma divisão do trabalho, uma função, em si mesma improdutiva, embora seja elemento necessário à reprodução, passa de ocupação ocasional de muitos a ocupação exclusiva de poucos, passando a ser atividade específica destes últimos, nem por isso a natureza dessa função se transforma (MARX, 1980 apud MANDEL, 1982, p. 283).

Explicitando esta formulação, Mandel argumenta que se a função do trabalho assalariado continua improdutiva, mesmo que expresse um elemento necessário à reprodução, este trabalho presumivelmente está relacionado a tipos de trabalho que não desempenham um papel direto na reprodução. E acrescenta:

Não há nenhuma razão plausível para que a troca de serviços pessoais por rendimentos, [...] deva tornar-se subitamente produtiva apenas porque é organizada como atividade capitalista e executada por trabalho assalariado (MANDEL, 1982, p. 283).

Essa argumentação se coaduna com a de Napoleoni (1981), que incorporamos anteriormente, ao se referir à potencialidade do *trabalho improdutivo*, torna-se produtivo mediante sua inserção na relação capitalista. Entretanto, Mandel apresenta mais um elemento de reflexão para pensar as fronteiras do *trabalho produtivo* referindo a linha divisória da esfera produtiva e da esfera da circulação e dos serviços. Ele afirma³⁵:

A fronteira entre o capital produtivo e o capital de circulação passa, portanto, entre o trabalho assalariado, que aumenta, muda ou preserva um valor de uso, ou é indispensável para sua realização, e o trabalho assalariado que não representa nada para o valor de uso, isto é, para a *forma física* de uma mercadoria, mas que surge apenas em decorrência das necessidades específicas envolvidas, ou seja, alterando (em oposição a criando) a forma de um valor de troca (MANDEL, 1982, p. 284).

³⁵ Em nota de rodapé Mandel (1982, p. 284) explicita sua conceituação de trabalho produtivo: “Em geral pode-se dizer que todo trabalho que cria, modifica ou conserva valores de uso ou que é tecnicamente indispensável para a realização do valor de uso é trabalho produtivo, isto é, aumenta seu valor de troca (MANDEL, 1982, p. 284).

Mandel considera que esta definição amplia a conceituação de Marx e conclui que “o verdadeiro capital de serviços – à medida que não seja erroneamente confundido como capital que produz mercadorias – não é mais produtivo que o capital de circulação” (MANDEL, 1982, p. 284).

Ele destaca que para compatibilizar os interesses da classe capitalista a expansão dos serviços é convertida em estratégia de capturar a lucratividade. Ele argumenta que a lógica que prevalece consiste em converter, o capital ocioso em capital de serviços e ao mesmo tempo substituir o capital de serviços por capital produtivo. Em outras palavras, significa substituir serviços por mercadorias: serviços de transportes por automóveis; serviços de teatro e cinema por aparelhos privados de televisão, entre outras formas de apropriação (MANDEL, 1982).

Essa associação da esfera produtiva com esfera da circulação e dos serviços aparecem nos estudos de Zarifian (2001) e Chesnais (1996), como abordamos anteriormente, que indicam a expansão dos serviços articulada a uma relação de comercialização em que a venda de um bem material envolve uma série de serviços complementares. A rigor, constitui-se uma ampliação de atividades que vão sendo apropriadas pelo processo de valorização do capital e deste modo se convertem em uma quantidade cada vez maior de atividades que representam, direta ou indiretamente, em fonte de mais-valia.

Como pondera Lessa (2001, p. 4): “Há, portanto, uma sempre constante redefinição das fronteiras entre o trabalho abstrato produtivo e o trabalho abstrato improdutivo”, por conseguinte, “também uma constante redefinição das fronteiras entre os setores e classes sociais produtores de mais-valia e aqueles outros que não a realizam”.

E acrescenta:

O capital incorporou ao seu processo de auto-valorização outras relações sociais que não apenas o intercâmbio orgânico com a natureza, faz parte do “trabalhador produtivo” uma enorme gama de indivíduos, atividades e profissões que não mais operam a relação homem natureza. Este é o caso, por exemplo, da maior parte dos serviços (Lessa, 2001, p.5).

Diante das argumentações apresentadas, podemos considerar que a categorização que distingue o *trabalho produtivo* do *trabalho improdutivo* ainda prevalece como parâmetro de análise nos estudos marxistas, embora com diferentes formas de apropriação e de explicação dos fenômenos sociais contemporâneos.

Importa compreender que novos elementos integram as relações sociais capitalistas requerendo uma reapropriação do papel e da função das atividades do setor serviços na (re) composição do processo de valorização do capital. As possibilidades de articulação dos setores econômicos da produção industrial, agrícola com os *serviços* vêm cumprir os desígnios de novas formas de potencializar e maximizar a lucratividade de um capital mundializado.

Sobre essas determinações estrutura-se uma rede de serviços que respondem às necessidades emanadas desta nova sociabilidade, *serviços* que além de atender as necessidades de reprodução da força de trabalho, também incorporam as novas formas de assegurar a lucratividade. Como destaca Costa (1998)³⁶ a expansão dos serviços sociais relacionados ao atendimento das necessidades de reprodução do trabalhador e de sua família – também expressão da atual fase de desenvolvimento capitalista – indica uma complexa e contraditória tensão. Uma tensão que se expressa entre a sua existência como *serviço* que tem um valor de uso social e coletivo e a possibilidade de ser transformado num *serviço* cuja utilidade social esteja vinculada a geração de lucros, ou seja, a sua mercantilização. Os serviços de saúde simbolizam essa versatilidade do capital em transformar uma atividade de serviço, caracterizada em princípio como *improdutiva*, em potencialmente lucrativa e produtiva ao capital.

Prememente torna-se pensar um segmento do setor serviços, os serviços públicos de saúde, pois estes não passam ilesos por esse conjunto de transformações. Embora mantenham as características específicas e peculiares do conjunto das atividades dos *serviços* integram algumas particularidades e especificidades quanto à sua organização, processo e relações de trabalho e às formas de sua regulamentação. É no reconhecimento desta realidade que se faz necessário qualificar suas particularidades, revelando e analisando de que forma os serviços de saúde e seus trabalhadores incorporam ou não as novas conformações do mundo do trabalho, neste sentido aproximando as análises do trabalho nos *serviços* com o trabalho em saúde, percebendo o elo que une e, ao mesmo tempo, separa suas particularidades.

³⁶ Estamos aqui incorporando algumas reflexões da dissertação de Maria Dalva Horácio da Costa: COSTA, Maria Dalva Horácio. **O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal/RN: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90**. 1998. 174 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-UFPE, Recife, 1998.

2.3 O trabalho nos serviços e o trabalho em saúde: aproximando suas particularidades

A crescente complexificação das relações sociais e a ampliação de necessidades sociais passam a exigir *serviços* que atendam a uma necessidade não mais particular, mas sim uma necessidade coletiva. A constituição e consolidação dessas atividades de *serviços* têm suas referências na expansão do processo de urbanização e na crescente socialização das condições gerais da produção capitalista (SOUZA, 1996).

Esta correlação da expansão dos *serviços* ao processo de urbanização é bem destacada por Oliveira (1989), que nos diz que

[...] suprimir do urbano os serviços equivale quase a suprimir o urbano, como se o urbano não fosse a soma das determinações emanadas dos setores produtivos [...], o *locus* por excelência de uma divisão social do trabalho[...]" (OLIVEIRA, 1989, 147).

A emergência de uma outra composição na divisão social do trabalho diversificou o mercado da força de trabalho, determinando a expansão do trabalho nas esferas da circulação, distribuição e consumo respondendo às necessidades emanadas da organização econômica e social dos centros urbanos.

A reabsorção das necessidades sociais por uma rede de serviços sociais de consumo coletivo se transforma em condição necessária para a reprodução da força de trabalho. Essas necessidades de reprodução transitam da esfera das necessidades individuais para a esfera das necessidades coletivas. Neste sentido, se estruturam os chamados *serviços* de consumo coletivo, suplantando a esfera das práticas privadas. Isso compreende, por exemplo, os transportes coletivos de passageiros, os serviços postais, a assistência médica hospitalar e à educação.

Para Nogueira (1994, p. 73), as formas de *serviços* que se realizam na esfera do consumo, seja individual ou coletivo, respondem a uma utilidade direta para os indivíduos enquanto consumidores. Nesses serviços de consumo coletivo a força de trabalho é consumida e apropriada como um valor de uso em função de sua utilidade particular, que é um valor "para uso". Neste sentido, difere do processo de produção de mercadorias, no qual o trabalho é consumido com a finalidade de criar

valores³⁷. Ele complementa que esses serviços, “costumam ser denominados de serviços de consumo [...], contrapostos aos serviços de produção” relacionados ao movimento de produção e circulação de mercadorias, como o comércio, os serviços bancários, etc.

O autor destaca que a atuação direta ou indireta do Estado na prestação de serviços de educação, saúde entre outros, em interação com a ampliação dos espaços de cidadania e da conquista de direitos sociais, assegura que a esfera de consumo dos serviços adquira não só uma dimensão coletiva. Ele acrescenta que esta prestação de serviços também se inscreve, “como uma espécie de gasto social de capital, indispensável à reprodução do conjunto da força de trabalho” (NOGUEIRA, 1994, p. 74). Seguindo esta lógica,

Tais serviços organizados e institucionalizados não podem ser reduzidos [...], à forma de um consumo individual como mera despesa no âmbito da circulação: aparecem como meios de consumo coletivos e, como gasto de capital, não diferem essencialmente da compra de serviços de produção (NOGUEIRA, 1994, p. 74).

Nogueira também especifica que organizados sobre os parâmetros da produção capitalista, esses *serviços* passam por uma radical integração à economia que assume formas particulares de inserção, como é o caso dos serviços de saúde.

No caso específico dos serviços de saúde, o que se efetiva, segundo Merhy (2007), é que o processo de produção em saúde está cada vez mais incorporado ao desenvolvimento do capital e por consequência atende à geração e acumulação de riquezas. Ele argumenta que as práticas em saúde ao obedecerem a uma lógica determinada pelos interesses do capital, o da reprodução da força de trabalho, transformam o corpo do trabalhador em um valor importante para o capital, insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. E acrescenta, “Cuidar deste valioso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo” (MERHY, 2007, p. 67).

O crescimento da oferta de serviços de saúde, que integram de forma maciça as inovações tecnológicas como equipamentos biomédicos e medicamentos, vem constituindo uma idéia de que a saúde é um bem de consumo, como lembra Merhy (2007). Mas para os usuários dos serviços, especialmente os do serviço

³⁷ Esses argumentos estão expostos na Dissertação de Maria Dalva H. da Costa, *op. cit.*, quando ela refere-se aos estudos de Nogueira (1990).

público, a saúde é um bem de uso e a utilização da tecnologia é regulada pelas suas necessidades de proteção à saúde (MERHY, 2007, p. 65). Muito embora, o acesso a esta tecnologia seja restrito para os que não podem pagar pelo seu uso.

Os serviços de saúde passam a assumir uma nova modelagem que incorpora os avanços técnico-científicos de procedimentos, equipamentos e medicamentos à utilização intensiva do fator trabalho, o que implica em modificações nas formas de organização do trabalho e na própria natureza do trabalho.

Balizados nessas mudanças no campo dos serviços de saúde é que focaremos as características do trabalho nesses serviços redesenhando o perfil de suas atividades e as particularidades do trabalho em saúde. Estes argumentos permitem revelar, a partir da mediação com informações empíricas da pesquisa, a real conformação do trabalho em saúde e os rebatimentos sobre esta força de trabalho das atuais exigências de adequação dos serviços de saúde a lógica mercantil.

Pensamos que um primeiro aspecto que antecede as especificações do trabalho nos serviços de saúde é reafirmar que os pressupostos que orientam nossas referências no campo dos *serviços* foram tematizados no item anterior. Neste momento serão resgatados através da incorporação de estudos autores que analisam o campo específico da saúde como Merhy (1997; 2007), Nogueira (1994). Entretanto, permanece a interlocução com o debate no campo dos *serviços*.

Tomando, como ponto de partida, as contribuições de Zarifian³⁸ (2001), os *serviços* têm a potencialidade de atuar sobre as condições de existência dos indivíduos ou de uma coletividade agindo sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida de seu destinatário, atendendo de forma direta às suas necessidades e expectativas. Dessa forma, os serviços de saúde assumem a incumbência de transformar as condições de vida da população. “O serviço prestado não é o tratamento médico, é a saúde recobrada” (ZARIFIAN, 2001, p.105). O serviço expressa o efeito, o resultado nas condições de exercício da atividade. Seguindo esta interpretação quando uma doença é tratada e debelada, ela transforma as condições de atividade do usuário, atribuindo ao *serviço* a capacidade de produzir resultados úteis aos seus destinatários. Seguindo essa lógica, Zarifian (2001, p. 119, grifo do autor) acrescenta que “o *serviço* é uma organização e uma

³⁸ Como analisamos anteriormente Zarifian utiliza o termo “produção de serviço”.

mobilização, o mais eficiente possível, de recursos para interpretar, compreender e gerar a mudança perseguida nas condições de atividade do destinatário do serviço”.

A rigor, esses parâmetros permitem demarcar a dimensão das atividades de *serviços* e a sua potencialidade de intervenção, que a distingue, a nosso ver, de outras atividades econômicas. Como lembra Zarifian (2001) o *serviço* não pode ser reduzido a uma mudança física ou mental que beneficia indivíduos ou grupos, ele é, antes de tudo, uma produção de valor, de outra forma, ele estaria fora do universo econômico.

Incorporando essas premissas para pensar as especificidades dos serviços de saúde, dois aspectos merecem destaque. O primeiro é a sua potencialidade de intervenção e interação numa determinada situação ou atividade, que é peculiar à prestação de um *serviço* na saúde e que requer a combinação entre o prestador e prestatário para a sua efetivação. O outro é a centralidade do trabalho humano na efetivação dos serviços de saúde.

Este primeiro elemento de especificidade assegura que é necessária para a produção do *serviço* de saúde uma interação, um intercâmbio com o usuário, com o requisitante do serviço, com um ente que precisa ser cuidado e tratado. Isso tem como requisito fundamental a relação do profissional que atende e presta o serviço, com um outro, o requisitante do serviço. Pode ser de forma direta, em consultas, exames etc., como em atividades indiretas como pesquisas de agentes biológicos que intencionam atender as expectativas de tratamento e cura dos indivíduos e grupos.

Salermo (2001) adverte que a evolução de determinados *serviços* fez com que estes abdicassem da relação presencial do cliente ou usuário, a exemplo da telefonista e do serviço bancário que substituíram a relação direta com o usuário para uma relação massificada e padronizada com a máquina. E pondera que, “a saúde é geralmente considerada um serviço típico, pois envolve a relação direta, simultânea, do paciente e do médico e/ou enfermeiro” (SALERMO, 2001, p. 15).

No limite, na produção dos serviços de saúde o trabalhador, profissional que atua junto ao serviço, e o usuário, individual ou coletivo, assumem a mesma centralidade e significância: são fundamentais para a efetivação do *serviço*.

Podemos considerar este elemento, como peculiar aos serviços de saúde que, cada vez mais, aglutina uma diversidade de atividades e funções para dar conta da crescente complexidade do trabalho no campo da saúde, seja pública ou

privada. Isso exige uma força de trabalho diversificada atendendo a um leque de especialidades cada vez mais qualificadas. Desta forma, a atenção à saúde é tomada como uma atividade complexa que mantém seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho. Requer uma atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e de formas de interação com os usuários.

A atenção à saúde, hoje, está longe de se constituir num espaço privilegiado e exclusivo de uma única abordagem terapêutica. Muito pelo contrário, o campo da saúde reflete uma grande diversidade de ocupações profissionais decorrente da crescente fragmentação dos processos terapêuticos que exigem, a cada dia, condutas diferenciadas e articuladas para promover, prevenir, tratar e recuperar a saúde dos indivíduos.

Entretanto, outros aspectos também são indicados no trabalho no campo da saúde que o aproximam das características gerais do trabalho efetivado nos *serviços*. Algumas características do trabalho em saúde são compatíveis com as atividades do setor serviços como, a simultaneidade entre produção e consumo que associada à interatividade na prestação do serviço, envolve elementos subjetivos no momento em que o usuário é co-participante do processo de trabalho. (SILVA, 2006; MEIRELLES, 2006).

Friedrich (2005) e Pires (1999) evidenciam em seus estudos elementos que também particularizam o trabalho em saúde considerando que:

O trabalho em saúde é um trabalho da esfera da produção não- material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

Diferentemente dos processos produtivos industriais em que os insumos são previsíveis e os processos assumem muitas vezes um caráter padronizador e repetitivo, as atividades no campo da saúde assumem características particulares. Nesta atividade os insumos e o processo de trabalho são dinâmicos, permitem uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade. De fato, a prestação do serviço de saúde está fundada numa relação interpessoal de tal modo que o usuário é co-participante do processo. É fundamental esta percepção, esta

acuidade, “o olho clínico que percebe coisas não objetivas e que pode gerar, em função dessa subjetividade, uma dezena de exames complementares” (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999, p.4), bem como, a interface de uma atenção multidisciplinar, para dar conta do complexo processo saúde-doença.

Sob um outro enfoque Nogueira (1994) argumenta que o uso da terminologia de trabalho em saúde³⁹ tem sido usado para representar toda a gama de funções e atividades que se realiza nos estabelecimentos de saúde. É uma categorização que deve reconhecer, à parte os interesses corporativos, que o trabalho em saúde envolve formas muito distintas de empregar as energias, a destreza, as habilidades e o saber de diversos grupos de trabalhadores. Ele assevera que o trabalho em saúde envolve um processo de trabalho bastante específico “pelo fato de envolver o paciente, seu corpo e sua personalidade, em papel mais ou menos ativo, o torna muito diferente de qualquer outro tipo de serviço pessoal existente na sociedade moderna” (NOGUEIRA, 1994, p. 82).

Um outro aspecto levantado por Nogueira é que associado a esse processo de trabalho particular, é incorporada uma equipe de saúde com profissionais preparados para uma prestação direta de serviços que atendem às necessidades dos pacientes relativas às dimensões biológicas, psicológica e social.

Ao abordar especificamente este vetor do trabalho em saúde, Nogueira destaca que do ponto de vista da racionalidade do processo de trabalho, a prestação dos serviços de saúde tem, a exemplo do setor industrial, uma marca característica: a cooperação⁴⁰. Tendo como referência uma equipe de saúde, no que diz o autor,

³⁹ Segundo Nogueira (1994, p. 79-80), o conceito de trabalho em saúde tem uma origem relativamente nova. Datam dos anos 1970 as primeiras preocupações teóricas que envolvem a discussão dos processos de trabalho na saúde, que tiveram suas análises muito centradas na prática médica. Foi só a partir da década de 1980 que se buscou transcender esses particularismos que enfocavam funções e práticas profissionais específicas. Os estudos acerca da força de trabalho em saúde possibilitaram uma ampliação e maior abrangência do conceito de trabalho em saúde, tendo como referência a crescente diversificação das oportunidades de emprego nos serviços de saúde no Brasil.

⁴⁰ A cooperação capitalista esta relacionada nas análises marxistas ao fundamento da divisão social do trabalho. Para Marx (1988) o efeito do trabalho combinado não poderia ser produzido pelo trabalho individual. A cooperação permite que se amplie o espaço no qual o trabalho se realiza, numa combinação simultânea entre trabalhadores parciais-individuais que realizam partes do trabalho total em diferentes fases do processo de trabalho. Como afirma Marx (1988, p. 378): “Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie [...]. Quando cooperam, ao serem membros de um organismo que trabalha, representam apenas uma forma especial de existência do capital”. A cooperação constitui-se como estratégia fundamental para reduzir o tempo de trabalho necessário para a reprodução da força de trabalho e aumentar o domínio do trabalho excedente. Nas observações destacadas por Nogueira, a cooperação do trabalho em saúde está mais explícita no caso das modernas instituições hospitalares.

cada um passa a executar uma tarefa parcial, mas que está integrada com as demais concorrendo para um fim comum. “Daí a hierarquia técnica e gerencial que mimetiza perfeitamente a organização taylorista do trabalho na indústria” (NOGUEIRA, 1994, p. 78). Segundo Nogueira, na conformação desse processo de trabalho as funções mais complexas e intelectuais são dirigidas aos médicos e outros profissionais de maior qualificação, enquanto sua operacionalização é atribuída a uma base ampla de auxiliares que executam tarefas rotineiras. Isso expressa, segundo o autor, uma divisão técnica vertical do trabalho porque, “dentro de cada subunidade, há equipes que atuam integrando tarefas em sua própria hierarquia no espaço físico-técnico que lhe é reservado” (NOGUEIRA, 1994, p. 78). Considerando que cada uma dessas subunidades está de alguma forma interligada, Nogueira indica que há paralelamente uma divisão horizontal do trabalho, que encadeia os diversos serviços. Em tese, esta moldura de organização de trabalho incorpora a lógica taylorista aos serviços de saúde, principalmente os de caráter hospitalar.⁴¹.

Ainda nesta conformação do trabalho cooperado, Nogueira analisa que as unidades de produção dos serviços de saúde utilizam dois expedientes:

Introjetam a divisão social do trabalho que lhe é preexistente quando põem em atuação conjunta, profissionais que, por tradição, podem operar isolada e autonomamente: o médico e o dentista, por exemplo. Outro recurso é promover a criação de ocupações que são um resultado direto da redivisão de tarefas dentro da unidade: os atendentes de enfermagem, por exemplo. (NOGUEIRA, 1994).

Seguindo esta lógica, a ampliação da divisão do trabalho em saúde se processa em duas direções, conforme as argumentações de Nogueira. Segue um sentido vertical, instituindo uma divisão técnica vertical do trabalho, expressa no aumento das ocupações ou de trabalhadores que participem de uma determinada hierarquia. Isto implica na economia de força de trabalho mais qualificada passando a adotar trabalhadores auxiliares sobre supervisão técnica. Ele exemplifica o trabalho nos centros de terapia intensiva em que se reduz o número de enfermeiros de formação universitária e insere-se uma quantidade maior de auxiliares que são

⁴¹ Na avaliação de Nogueira (1994, p.78), “as vantagens do taylorismo nos serviços de saúde são bastante decantadas: os efeitos da cooperação fazem-se sentir não só no aumento da produtividade, mas no uso parcimonioso de trabalho qualificado, pois a divisão vertical poupa esse tipo de força de trabalho (que, por regra geral, tem um preço mais alto no mercado), levando-a a concentrar-se nas ações mais especializadas”.

supervisionados tecnicamente. A outra direção segue em sentido horizontal, uma divisão horizontal do trabalho, expresso pelo aumento da diversidade de subunidades que participam da atenção à saúde. Isso responde a um movimento de agregação somativa de recursos tecnológicos, como afirma o autor, que cada vez integra mais trabalhadores para atender aos requisitos das inovações tecnológicas que o setor saúde incorpora sem, entretanto, dispensar os já existentes. O exemplo típico dos serviços de apoio diagnósticos como, a ressonância magnética que não aposentou o raio X.

Esses argumentos refletem uma tradicional organização dos serviços de saúde, explícitos fundamentalmente nas unidades hospitalares, e que refletem uma lógica que racionaliza a produtividade, a redução de custos e do uso da força de trabalho. Como veremos mais adiante, esta conformação tem sido diluída nos serviços de atenção básica, que estão na porta de entrada do sistema de saúde, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, apresentando tendências de superação desta forma rigorosa de hierarquização e fragmentação na prestação dos serviços de saúde.

Seguindo ainda os argumentos de Nogueira no que se refere ao trabalho em saúde, ele aponta um outro traço peculiar que advém desta composição diversificada de profissões que integram os serviços de saúde. Está subjacente nesta composição a lógica da fragmentariedade da atenção à saúde, que resulta da incorporação de uma diversidade de profissões que são necessárias a efetivação dos serviços neste campo. Ele argumenta que o usuário insere-se nessa lógica cumprindo o ritmo administrativo da ordem e espera pela consulta de uma ou mais especialidade médica, pela realização de inúmeros exames complementares, de entrevistas de aconselhamento com psicólogos e assistentes sociais, etc.. Esta fragmentariedade também fica evidente nas diferentes formas de atenção à saúde, muito embora os serviços de saúde hospitalares assumam uma representação maior dessa fragmentação.

Uma outra contribuição significativa para as análises das particularidades dos serviços de saúde está expressa nos estudos de Merhy (2007;1997). Ele recupera um elemento que consideramos fundamental na categorização do trabalho em saúde e que expressa a essencialidade do trabalho nos serviços de saúde. Em sua análise ele reafirma a particularidade dos serviços de saúde frente as outras

atividades dos serviços e também o modo peculiar de organização e gestão do trabalho no setor.

Merhy (2007, p.70) afirma que o trabalho em saúde traz um componente importante: “neste setor o trabalho humano, vivo em ato, é fundamental e insubstituível, com raras exceções [...]”. É um trabalho que se efetiva sobre uma rede de relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários. Merhy assegura bastante significado a estas relações quando afirma:

Estas relações produzem serviços que são consumidos no mesmo momento da sua produção, caracterizando o ato de saúde como um produto que, ao ser consumido, expõe tensionalmente o seu sentido de produto de consumo em si, com o sentido de valor de uso que a saúde tem como finalidade perseguida pelo usuário (MERHY, 2007, p. 70).

O fundamento do trabalho em saúde emerge nessa intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço.

Isso fica bem explícito nas informações coletadas na pesquisa empírica desta tese quando uma trabalhadora da Estratégia Saúde da Família argumenta sobre as potencialidades desta relação próxima, trabalhador – usuário. Ela afirma que:

Você tá próximo em todos os sentidos, você sabe da vida das pessoas, [...] você sabe os problemas delas [...] Então você consegue ter uma capacidade de intervenção, [...] Você consegue criar uma relação muito boa com as pessoas e essa relação muito boa é um fator real de satisfação do profissional. (MERHY, 2007, p. 70)

Este traço marcante dos serviços de saúde é categorizado por Merhy (2007) de “intersecção partilhada” que constitui este encontro entre “sujeitos”, o trabalhador de saúde e o usuário, no interior do processo de trabalho. É uma relação expressa no processo de trabalho em saúde em que ocorre

Um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e [...] que no seu interior há uma realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes [...] (MERHY, 1997, p. 133).

Costa (1998) ao incorporar estas análises ao seu estudo, destaca que essa é uma intersecção compartilhada em virtude do usuário não ser apenas um consumidor dos efeitos úteis do trabalho, mas também atuando como sujeito ativo do processo de trabalho. É uma relação em que o usuário é quem detém um conjunto de informações e iniciativas que possibilitam a mudança/transformação de uma determinada situação para a qual o serviço se destina.

Esta peculiaridade do processo de trabalho em saúde dinamiza a relação trabalhador e usuário, permitindo ao trabalhador imprimir uma direção mais autônoma à sua prática. As possibilidades concretas de “autogoverno”⁴² permitem que o trabalhador de saúde direcione o seu modo de fazer a assistência, crie e recrie formas de abordagem frente aos usuários, entretanto sua ação esta condiciona às condições de trabalho. Esse “autogoverno” não deve impedir que o trabalhador desconsidere sua condição de força de trabalho que integra um conjunto de relações que promovem as ações de serviços e, que são necessárias condições institucionais para a efetivação da assistência à saúde.

Certamente, que essa interação é determinada pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que podem facilitar ou dificultar os resultados da prestação dos serviços. Desta forma, a disponibilidade das condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho são elementos fundamentais para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação como usuário (FARIAS, 2005).

Destacando um outro traço da especificidade dos serviços de saúde retomemos a questão da centralidade do trabalho humano. A despeito dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo imprescindível para a realização das ações de saúde, é um elemento central.

Pelos argumentos apresentados anteriormente se confirma que a força de trabalho na saúde assume uma dimensão particular por ela ter a potencialidade de direcionar, de forma significativa, a condução das ações de saúde podendo interferir no resultado da prestação dos serviços. “Pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem incorporar todas as sabedorias, como

⁴² Merhy refere-se ao “autogoverno” do trabalhador de saúde enfocando sua autonomia sobre o modo de fazer a assistência e ele considera que esse “autogoverno” “muitas vezes, é o determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar processos instituintes ante a organização de serviços de saúde. Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto” (MERHY, 2007, p. 70)

opções tecnológicas de que dispõem para produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (MERHY, 1997, 126).

A força de trabalho neste campo assume uma centralidade que se expressa como diz Merhy, na particularidade desta ação interventora lançar mão do que de melhor a tecnologia em saúde nos fornece – “que é o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (o exercício do nosso autogoverno)” (MERHY, 1997, p.126). Esta é uma das formas de aprimorar e qualificar o trabalho em saúde permitindo uma interação com os usuários, no sentido de contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento.

A requisição do trabalho humano no setor, a despeito da velocidade com que são incorporadas as novas tecnologias, enfrenta uma outra particularidade. Como afirma Silva (2006, p. 12) “os instrumentos de diagnóstico e terapia e os novos processos de organização do trabalho, ao invés de economizar mão-de-obra, traduzem-se em maiores exigências de qualificação”. Isto significa que, no setor saúde, o incremento de novas tecnologias não implica em substituição dos processos em uso. O que se caracteriza é o acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que, diferentemente de outros setores da atividade econômica, e mesmo no interior do setor serviços, a inovação tecnológica não suprime o uso da força de trabalho.

Estes elementos denotam um aspecto fundamental para este estudo, a condicionalidade da ação de saúde determinada pelo trabalho humano. Entretanto, ao tempo que se reafirma a centralidade do trabalho humano no campo da saúde, também se presencia um processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador nesta atividade.

Os dados da realidade são reveladores deste efeito devastador da desvalorização do trabalho no setor saúde. Isso fica bem expresso neste depoimento coletado na nossa pesquisa:

É um sistema neoliberal extremamente forte, é uma desvalorização da coisa pública constante. Porque isso que tá aí, essa forma como a gestão tá lidando com os profissionais, isso é uma desvalorização. Se não investir em qualificação, se não investir em processo de trabalho, se não investir... E aí você tem que toda hora tá tirando energia, força pra trabalhar, é muito precário, a gente trabalhar desse jeito [...].

A incorporação da lógica mercantil na saúde acaba por induzir uma desvalorização do trabalho humano, em detrimento de investimentos em insumos tecnológicos. Produziu-se um aviltamento do trabalho humano, como afirma Carvalho⁴³ (2005, p. 2),

A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos 'especialistas', de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. Vários novos equipamentos, com nova tecnologia, não 'aposentaram' os antigos recursos tecnológicos. Conviveram simultaneamente, por exemplo, no campo da imagem, as máquinas de RX, ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros. Cada vez mais caros e onerando abusivamente seus usuários. De outro lado, o trabalho humano da atenção, da escuta, do atendimento, cada vez mais aviltado em valor, remuneração e prestígio. Por conseguinte, desvalorizado e desinteressante.

A rigor, o que se afirma é que quanto mais tecnologia se incorpora às intervenções em saúde, lançando mão de equipamentos sofisticados que atendam a lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adoece e quem cuida. Neste sentido, podemos considerar o uso da ciência e da tecnologia, também no setor saúde, "como expressão do processo de desvalorização da força de trabalho" (AMARAL, 2008, p. 48).

Como alerta Carvalho (2005), existe uma nova lógica mercantil na saúde de incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde que importam hoje em grandes somas de lucratividade. Seguindo esta tendência a força de trabalho no setor enfrenta a degradação e a desvalorização de sua atividade.

Apesar de assumir uma centralidade nas ações de saúde, o trabalho humano, tem sofrido as repercussões desta lógica que conduz a força viva de trabalho a uma condição de precariedade. Ela também é determinada por um processo que precariza a totalidade do viver social, como diz Vasapollo (2006), e que institui uma nova organização capitalista do trabalho caracterizada cada vez

⁴³ O autor faz uma referência crítica a introdução indiscriminada dos recursos tecnológicos no setor saúde que desvirtua o conceito de integralidade, tão caro aos princípios defensores do Sistema Único de Saúde. Ele declara: "Tínhamos e temos, uma crítica severa ao modelo tecnicista de fazer saúde. O progresso da ciência, tão essencial ao menos sofrer e ao sobreviver do ser humano, foi muitas vezes, incorporado acriticamente e sob o quase exclusivo domínio e tirania do capital. Sem contar o pretenso científico quer, por vezes fez o mesmo caminho. O interesse econômico, motor da humanidade, não se limitou a dar respostas às necessidades, mas passou a induzir, fortemente, o surgimento de novas necessidades, de justificativa, muitas vezes, duvidosa" (CARVALHO, 2005, p. 2)

mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação do mundo dos assalariados.

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa por meio de problemas como: a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, à rotatividade e/ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários (BARALDI, 2005; SILVA, 2006; SANTOS, 2007).

Atualmente esta condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratações da força de trabalho nos serviços de saúde. Sendo uma atividade que tem a peculiaridade de utilizar de forma intensiva o fator trabalho, a associação de formas flexíveis de agregar força de trabalho exige certa cautela. São medidas ‘flexibilizadoras’ que modificaram “as condições de uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção, assim como em suas estruturas de representação – sindicatos e justiça do trabalho” (SANTOS, 2007, p.35).

A indicação que apontamos é que a condição de precarização do trabalho em saúde, está determinada por um lado, pelas características próprias do trabalho em saúde que envolve a fragmentação, heterogeneidade, rotinização, e o lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Mas, por outro lado pelas novas formas de gestão do trabalho no setor que envolve a flexibilização e desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho comprometendo diretamente a prestação dos serviços de saúde.

Explicitar as particularidades do trabalho nos *serviços* e do trabalho nos serviços de saúde revelam que as peculiaridades do trabalho em saúde não lhes asseguram a imunidade das perversões da lógica mercantil. Ao contrário, essas peculiaridades acabam por fragilizar as formas de organização e resistência de seus trabalhadores para confrontar as ações concretas de mercantilização no campo da saúde que afeta, de forma significativa os trabalhadores do setor.

O processo de desregulamentação do trabalho que atinge os trabalhadores dos serviços públicos de saúde revelam o acirramento da precarização e as estratégias de flexibilização como indutoras de uma nova conformação do trabalho na saúde.

2.4 O trabalho nos serviços de saúde e sua lógica mercantil determinando a desregulamentação do trabalho

No Brasil, em meados da década de sessenta, assiste-se à expansão das relações de produção capitalistas no setor saúde, a partir do crescimento dos grupos de medicina privada, direcionados para tornar o setor saúde rentável ao capital privado. Isto se traduziu em significativas alterações técnicas e físicas no tocante à prestação dos serviços, implicando um redirecionamento do perfil e do volume de força de trabalho requisitados para este fim. Nesta direção, “os padrões de incorporação de força de trabalho, insumos e tecnologias praticados pelo setor tendem a se ajustar cada vez mais à lógica e a racionalidade da produção capitalista e às necessidades de expansão dos serviços” (MACHADO, 1992, p.70). É a partir desta forma de expansão que Silva (2006) argumenta que o setor saúde, ao ganhar uma dimensão mais complexa, tem demonstrado que o arranjo entre capital e trabalho está se tornando cada vez mais inclinado em direção ao capital.

Neste sentido, este período representou uma grande expansão dos serviços de saúde como também a intensificação do processo de capitalização do setor, consolidado por uma rede hospitalar privada lucrativa. Este atrelamento dos serviços de saúde ao capital produtivo vinculado, fundamentalmente, às áreas de equipamentos e medicamentos, impulsionou e solidificou este processo de capitalização da saúde, que teve como fonte de recursos o financiamento estatal. (MACHADO, 1992).

No estudo de Silva (2006), ele demarca as décadas de 1970 e 1980 como um período em que se amplia ainda mais esse processo de capitalização da medicina, “momento em que o Estado era o maior financiador do sistema de saúde brasileiro, que viria a ser chamado de ‘Complexo Médico-Industrial’” (SILVA, 2006, p.33)⁴⁴. Isso expressa uma forte tendência de uma expansão capitalista na área médica caracterizada pela hegemonia de práticas privadas, com fins lucrativos que passaram a dominar a dinâmica do setor saúde neste período.

⁴⁴ Segundo Silva (2006), o uso do termo Complexo Médico-Industrial foi utilizado amplamente ao longo da década de 1980 e surgiu para dar conta das várias relações existentes entre diversos agentes do sistema de saúde, assim como a interrelação com os demais segmentos da economia. Ele acrescenta que a capitalização da medicina foi um “processo em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor; financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas no setor” (BRAGA; BARROS, 2006 apud SILVA, 2006, p. 33)

Evidencia-se uma particularidade neste crescimento da prestação de serviços de saúde, expressa pela participação do Estado como financiador deste processo, seja capitaneando os investimentos da rede privada de saúde, seja absorvendo os excedentes da População Economicamente Ativa na esfera dos serviços públicos nos níveis federal, estadual ou municipal.

Estas vinculações que a dinâmica do processo de acumulação estabelece com a intervenção estatal, foram marcantes, no Brasil, até o fim dos anos 80, em que as funções econômicas assumidas pelo Estado, resultaram na incorporação de algumas necessidades próprias do processo de reprodução capitalista (SOUZA, 1996).

A incorporação dessa lógica privatista permitiu a adoção de condutas terapêuticas que atribuam um custo a determinadas doenças e, por conseguinte, também ao doente. A iniciativa privada, certamente, assume as patologias mais rentáveis associadas aos recursos terapêuticos mais lucrativos.

Neste sentido, é uma crescente tendência de hipertecnificação da profissão em saúde, em detrimento do contato humano com os usuários e seus familiares. O que se consolidou foi um processo de tecnificação do ato médico que gerou modificações nas formas de organização do trabalho em saúde e na própria natureza do trabalho. As evidências dessas modificações estão presentes na crescente diversificação de sua força de trabalho no setor, a partir do momento que se ampliou o leque das profissões de saúde e consolidaram-se novas especialidades, principalmente no campo da medicina e odontologia (SOUZA, 1996).

Paralela a esta corrente privatista emerge em toda a América Latina uma tendência à descentralização dos serviços de saúde e um maior investimento na medicina preventiva também buscando maior resolutividade das ações e a redução dos custos com o atendimento hospitalar. Silva destaca a emergência de novas modalidades de gestão dos serviços de saúde, incorporando formas flexíveis de contratação e remuneração de serviços que já eram utilizados nos demais ramos produtivos (SILVA, 2006).

É na contramão desta corrente que os anos oitenta também são palco da expansão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, dando início a um longo processo de resgate da saúde como bem público e da defesa desta como um direito universal dos cidadãos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década, significou um redirecionamento da atenção à saúde no Brasil, ao implantar

uma política de saúde que assumiu como princípios fundamentais a universalização do atendimento, a equidade e integralidade nas ações e a participação popular. Adotou como diretriz organizacional a descentralização político-administrativa representando naquele momento, um avanço em termos de democratização do sistema. Desta forma, o Estado passou a ocupar um lugar de destaque como principal empregador da força de trabalho do setor, principalmente no âmbito municipal (SOUZA, 2008).

O longo processo de construção e efetivação deste Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que foi o marco no campo da Política de Saúde neste período, confronta-se, a partir dos anos 1990, com a expressão mais clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado. Seria uma reedição da estratégia privatista iniciada na década de sessenta.

Seguindo as orientações do Banco Mundial, que propõe uma agenda também para a saúde, este projeto que defende um “novo” modelo médico assistencial privatista, assume como principais diretrizes: “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (BRAVO, 2002, p.200)”. Dentro desta lógica, o Estado assume a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar e a iniciativa privada assume a possibilidade de acesso àqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Neste contexto, como diz Behring (2003), impõe-se propostas de deslocamento e refuncionalização do papel do Estado em sua intervenção nas relações sociais⁴⁵. Apresentam-se uma perfeita sintonia e coerência entre as mudanças econômicas, o papel do Estado e o direcionamento das políticas sociais. A orientação das políticas neoliberais seguida pelos organismos internacionais, fundamentalmente o Banco Mundial e o FMI, exigem condições de inserção nesta dinâmica de reestruturação capitalista e mundialização que combinam atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade. A lógica do mercado é tendência dominante, o Estado desresponsabiliza-se da proteção social ocupando o espaço da mercantilização e transformação das políticas sociais em negócios (BEHRING, 2003).

Neste aspecto, merece destaque o papel desempenhado pelo Banco Mundial, que assume a missão de assegurar o ajuste estrutural para os países

⁴⁵ Estes aspectos serão analisados no capítulo III desta tese.

devedores exigindo a desresponsabilização do Estado da área social. No campo da saúde, impõe uma agenda, um “pacto de saúde pública” para o enfrentamento da pobreza, através da priorização das ações da atenção básica de baixo custo, utilização de força de trabalho desqualificada e desenvolvimento de ações seletivas e focalizadas para os segmentos mais pobres. O governo passa a ter apenas um papel regulador sobre o mercado dos serviços de saúde (CORREIA, 2005). Impõe-se uma lógica mercantil no campo da saúde revelando que, na medida em que desresponsabiliza o Estado da execução de serviços, indica-se o repasse de recursos públicos para subsidiar a contratação de serviços terceirizados disponíveis ao mercado da iniciativa privada.

Correia (2005) acrescenta ainda que esta mercantilização da saúde, defendida pelos organismos internacionais, se expressa pela autonomização financeira do setor privado, através da expansão dos seguros privados e da prestação de serviços mais rentáveis. A atenção médica passa a ser uma mercadoria submetida às regras da produção capitalista.

“Nesta lógica mercantil, as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis[...] os serviços de média e alta complexidade” (CORREIA, 2005, p. 119).

A incursão das propostas do Banco Mundial no campo da saúde deixa claro seu viés nitidamente privatista que se operacionalizam pela via da racionalização dos custos do Estado, restringindo o acesso aos serviços, introduzindo a sistemática de co-pagamento e remetendo para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

Merhy (2007) considera que aplicar a agenda do Banco Mundial no campo da saúde significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser assegurado pelo Estado.

Estas proposições assumem destaque, a partir dos anos 1990, momento em que se evidenciam redirecionamentos no campo da saúde trazendo implícitas propostas de *focalização*. A proposição é atender às populações mais vulneráveis através de uma cesta de ações básicas para a saúde e, um forte incentivo à *privatização*, por meio do estímulo aos seguros privados, descentralização de serviços e restrições às formas de financiamento. Prevalece um ataque à *universalidade do direito à saúde*, um dos pilares centrais do Sistema Único de

Saúde. A ênfase é dada às propostas de parceria com a sociedade, bem como a forte tendência da refilantropização da assistência à saúde.

Sendo uma forte tendência, esta lógica mercantil, revela dois aspectos que expressam as contradições da política privatista imposta ao serviço público de saúde. O primeiro refere-se à incorporação massiva da lógica da rentabilidade e da produtividade no setor saúde. Em que pese às contradições do sistema, a medida da produtividade neste setor não pode ser referenciada apenas no número de atos médicos executados – consultas, internações, exames, intervenções cirúrgicas – pois isto não é suficiente para indicar um padrão de boas condições de saúde para a população.

Como argumenta Singer (1988, p. 12), se os serviços de saúde “visam ‘produzir’ saúde, ou seja, fazer com que a saúde da população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, o montante de atividade tende a ser um indicador *inverso* do grau em que este objeto está sendo atingido”. Isto significa dizer que, quanto mais saudável estiver a população, será menor a necessidade de serviços de saúde e que sua produtividade e rentabilidade não corresponderão ao montante de trabalho despendido. Pois não se pode medir, a rentabilidade, neste setor, pelo número de vacinas aplicadas, mas sim, avaliar sua produção pela redução da incidência de doenças. A medida para avaliar a rentabilidade no serviço de saúde não pode ter como base a maximização de serviços, mas sim, a qualidade, a eficácia e o alcance sócio-político das ações prestadas.

É importante ter como parâmetro que

[...] no setor saúde, a eficácia não é entendida como a maximização dos lucros, mas sim, como a busca pela maior resolutividade dos serviços, expressa em maior cobertura, maior satisfação do usuário, ou ainda em redução dos padrões de morbimortalidade” (MEDICI, 1989, p. 124).

Seguindo esta argumentação, o serviço de saúde, principalmente se estiver vinculado à esfera pública, não comporta a mesma racionalidade de uma empresa, e a forma mais racional de alocação de recursos nem sempre corresponde àquela que expressa menor custo (SOUZA, 1996).

Contrariando essas argumentações o que se observa é que as ações de saúde gerenciadas com exclusivo financiamento do Estado estão centradas nos serviços de menor complexidade, numa população mais vulnerável. Esta conduta respeita as orientações de investimentos das agências internacionais que priorizam

investimentos em cestas de serviços, como vimos, que procuram manter padrões de morbi-mortalidade dentro dos parâmetros internacionais. Entretanto, esses serviços de saúde sofrem os rebatimentos de uma lógica mercantil massificada nos outros níveis de atenção que distanciam cada vez mais o acesso à saúde, desrespeitando o princípio da universalidade e integralidade dos serviços. A lógica de racionalidade e produtividade pode não está expressa diretamente nas ações básicas de saúde, mas aparecem em serviços de apoio diagnóstico, de procedimentos cirúrgicos que afetam os usuários pelo mecanismo da exclusão e da dificuldade de acesso.

Neste sentido, a lógica mercantil evidencia-se num outro patamar quando diz respeito à priorização da atenção básica aos grupos mais vulneráveis e pauperizados. As indicações do perfil epidemiológico brasileiro apontam como principal causa de mortes no Brasil as doenças do aparelho circulatório (32,4%), as causas externas (14,9%), as doenças do aparelho respiratório (11,6%) e as doenças infecciosas e parasitárias (6,2%)⁴⁶ (BARROS; PORTO, 2002, p.19 apud CORREIA, 2005). Um perfil de morbimortalidade que atinge indistintamente ricos e pobres, e que exige um complexo de ações que envolvem tanto intervenções preventivas e curativas, como recursos mais sofisticados de análise e diagnóstico. Pressupor que as doenças infecto-contagiosas predominam na população pobre e, que por outro lado, as crônico-degenerativas atingem os mais ricos é uma avaliação equivocada, pois os grupos mais pauperizados e vulneráveis estão mais expostos à incidência de todos os agravos à saúde (RIZZOTTO, 2000).

Esta tendência privatista compromete as diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugere um outro patamar de integralidade, equidade e descentralização. Fragiliza o seu caráter de universalidade quando constitui dois sistemas, um SUS para os pobres e outro para os consumidores do mercado. Instala-se com isto uma reedição de um sistema de saúde pública de poucos recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Institui-se uma medicina pobre para os pobres.

Diante de todo este contexto o que presenciamos é uma desestruturação do setor público de saúde, com um funcionamento precário predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo às demandas da população.

⁴⁶ Esses dados são relativos ao início dos anos 2002, período de grande expansão das ações básicas de saúde no Brasil, com a crescente implantação da Estratégia Saúde da Família.

O crescente obstáculo contra a efetivação de um sistema de saúde público vem sendo representado pela manifestação de interesses corporativos do empresariado da saúde que tornam, hoje, a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro.

Na contramão deste projeto resiste o Projeto da Reforma Sanitária que avançou bastante nos anos oitenta e que, a cada dia vem confrontando-se com os intempestivos ataques da ordem neoliberal no campo da saúde. Este projeto tem mantido uma resistência, através de suas instâncias de controle social como o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde. Ao longo dos anos noventa e início do ano 2000, estas instâncias travaram verdadeiros embates com os opositores do SUS, na tentativa incessante de reverter os danos maléficos produzidos pelas reformas neo-privatistas.

A expansão desta lógica mercantil compromete frontalmente a organização e estruturação do trabalho em saúde pela adoção de modalidades de gestão dos serviços de saúde, bem como pela incorporação de formas de contratação da força de trabalho no setor que atingem as condições e relações de trabalho no setor saúde.

As iniciativas de reformas propostas pelo governo brasileiro apresentam a nítida tendência de elevar a flexibilidade do mercado de trabalho que se traduziram numa desregulamentação do trabalho no setor público como um todo, acirrando a precariedade do trabalho e a flexibilidade das formas de contratação e vinculação institucional. Este será o nosso debate no próximo capítulo.

3 A (DES) CONSTRUÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL: ENFRENTANDO A CONTRA-REFORMA DO ESTADO E A LÓGICA RACIONALIZADORA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

É fundamental para desvendar as determinações que envolvem o objeto de estudo desta tese recuperar alguns aspectos do complexo debate sobre o papel do Estado frente às atuais determinações da nova ordem do capital. Mencionamos recuperar porque consideramos que já existem estudos profícuos sobre o tema⁴⁷ e o nosso exercício será localizar nessas análises os elementos que fundamentem nossas explicações.

Neste capítulo, procuramos indicar, ainda dentro do escopo das determinações macrossociais, os fios que tecem as novas requisições para a intervenção estatal. Em verdade, buscamos identificar de que forma o Estado responde às novas requisições da acumulação capitalista e como as traduz nos seus mecanismos de intervenção corporificados nas estratégias de desregulamentação do trabalho.

3.1 A intervenção estatal no contexto neoliberal

Para avançar nessa discussão é preciso ter como referência que o Estado tem exercido um papel importante para assegurar a expansão e consolidação dos mecanismos de lucratividade do capital nos diferentes momentos do capitalismo brasileiro. Nesta direção, é fundamental explicitar como a intervenção estatal vem sendo direcionada para podermos desvendar as particularidades da organização e relações de trabalho no atual contexto e as configurações do processo de desregulamentação do trabalho no âmbito dos serviços públicos.

Fazer esta opção de análise exige o resgate de um aspecto, que pensamos ser fundamental: as especificidades da intervenção estatal brasileira na mediação da relação capital e trabalho sob as influências do ideário neoliberal. Isto requer uma interlocução teórica que permita compreender as determinações sócio-

⁴⁷ Os estudos a que nos referimos incluem Behring (2003), Soares (2001), Oliveira (2006), Nogueira (2005), dentre outros que enfatizam o papel do Estado neste momento de recomposição das estratégias capitalista para assegurar sua lucratividade.

históricas deste contexto e identificar as tendências presentes nesta relação. Para tanto, recorreremos aos estudos de Oliveira (1988; 2006), Behring (2003) Soares (2001; 2002), Sader e Gentili (1996) e Rizzotto (2000), num exercício de análise dos processos de mudança ocorridos no âmbito do Estado brasileiro orientados pela lógica do mercado e sob o neoliberalismo. São estudos que apresentam as particularidades da realidade brasileira analisando os fundamentos da crise do Estado, bem como indicam as tendências presentes neste contexto.

A desregulamentação do trabalho no Brasil, como veremos, tem particularidades determinadas por uma conjugação de fatores que articulam o redimensionamento do papel do Estado e a centralização nos interesses do grande capital com a introdução das inovações tecnológicas e organizacionais. Ainda tem significativa importância às imposições e recomendações dos organismos internacionais e as fraturas nos movimentos organizativos dos trabalhadores, como definidores desse complexo processo. Estes fatores assumem especificidades frente ao padrão de desenvolvimento sócio-econômico da realidade brasileira.

Na realidade dos países de desenvolvimento industrial atrasado, como o Brasil, a relação estabelecida entre o Estado e a sociedade está caracterizada pela presença do Estado conduzindo os processos econômicos e sociais.

Diferentes estudos enfocam que o Brasil vivenciou, no século XX, um intenso processo de transformações, transitando de uma sociedade tradicional instituída em torno da economia agro-exportadora de produtos como o café, nos anos trinta, passando à oitava economia industrial do mundo, na década de 80⁴⁸.

Na análise de Oliveira (2006), a Revolução de 1930 foi um marco divisor para a economia brasileira, em que se estabelece o fim da hegemonia agrário-exportadora para introduzir a predominância da estrutura produtiva de base urbano-industrial, que requer um novo modo de acumulação, qualitativa e quantitativamente distinto. Emergem novas bases para regular a relação capital e trabalho e permitir os ganhos da acumulação capitalista.

Em sua análise Oliveira (2006) apresenta uma transição⁴⁹ que assegura um papel significativo à regulamentação sobre o uso da força de trabalho. O autor

⁴⁸ Segundo dados divulgados na Folha de São Paulo em 24/06/2009 o Brasil se destaca hoje como a 10^a (décima) economia industrial do mundo.

⁴⁹ A palavra transição foi utilizada para indicar a emergência de novas requisições no modo de acumulação capitalista não significando a superação absoluta dos mecanismos do modelo agrário-exportador presentes no padrão de acumulação capitalista brasileiro naquele período.

afirma que a instauração das leis trabalhistas, a partir deste período faz parte de um conjunto de medidas direcionadas a estabelecer um novo modo de acumulação. “Para tanto, a população em geral, e especificamente a população que afluía às cidades, necessitava ser transformada em ‘exército de reserva’” (OLIVEIRA, 2006: 38). Instaura-se uma dinâmica produtiva centralizada nos centros urbanos e integrando uma força de trabalho assalariada que passa a ser um forte elemento constitutivo da produção da riqueza pela via da extração do sobretrabalho, estabelecendo uma relação significativa entre a acumulação e a produtividade das atividades urbanas relacionadas à indústria. A esse respeito, ainda esclarece que:

Essa conversão de enormes contingentes populacionais em ‘exército de reserva’, adequado à reprodução do capital, era pertinente e necessária do ponto de vista do modo de acumulação que se iniciava ou que se buscava reforçar, por duas razões principais: de um lado, propicia o horizonte médio para cálculo econômico empresarial, liberto do pesadelo de um mercado de concorrência perfeita [...]; de outro lado, a legislação trabalhista *igualava reduzindo* – antes que incrementando – o preço da força de trabalho (OLIVEIRA, 2006, p. 38).

Isto significa que, as leis trabalhistas passam a estabelecer relações de trabalho que garantam a lucratividade, através de um patamar salarial supostamente equânime e igualitário. Oliveira (2006, p. 39, grifo do autor) alerta, que se o salário fosse determinado pelo “mercado livre” é provável que algumas categorias de operários mais especializados tivessem seu valor elevado e, a regulamentação das leis do trabalho “operou a reconversão a um *denominador comum de todas as categorias*, com o que, antes de prejudicar a acumulação, beneficiou-a”.

Neste contexto, a legislação trabalhista permite uma equiparação, de certo por baixo, dos rendimentos dos novos trabalhadores urbanos que ao tempo que propicia a formação de um “exército de reserva”, dinamiza a acumulação, despontando uma nova etapa de crescimento da economia brasileira.

Ainda compondo este marco divisor, indicado por Oliveira (2006), institui-se a intervenção do Estado na esfera econômica atuando na regulamentação de outros fatores, além do trabalho. Esta regulamentação se expressa na fixação de preços, na distribuição de ganhos e perdas entre os grupos das classes capitalistas, nos investimentos fiscais e subsídios para atividades produtivas.

Como destaca Oliveira (2006, p. 40):

Aqui o seu papel é o de criar as bases para que a acumulação capitalista industrial, no nível das empresas, possa se reproduzir. Essa intervenção tem um caráter “planificador”, ao modo do Estado inglês [...], ...o Estado intervém para destruir o modo de acumulação para o qual a economia se *inclinava naturalmente*, criando e recriando as condições do novo modo de acumulação.

Nesta direção, configura-se uma intervenção estatal⁵⁰ com novas e amplas funções impulsionadas pela expansão da atividade produtiva industrial. O Estado passa a operar continuamente subsidiando, transferindo recursos para a produção industrial, fazendo dela o centro do sistema, como diz Oliveira (2006). Há um maior espectro de atuação do Estado ampliando ações em infra-estrutura requeridas pela crescente urbanização e que constituem também as bases de crescimento do setor de serviços⁵¹. Este crescimento das funções do Estado lembra Oliveira, implica também no crescimento da máquina estatal, portanto, da burocracia e da tecnocracia. Esta foi a moldura do Estado que perdurou até os anos 50.

Esta transição para uma sociedade urbana e com uma economia industrializada foi possibilitada por um Estado desenvolvimentista que fundamentou seu poder, através de uma ampla coalizão conservadora e na capacidade de seus dirigentes de cooptar as frações urbanas da classe trabalhadora e da burguesia industrial. Isso permitiu consolidar e aglutinar os interesses em torno das novas modalidades da acumulação capitalista. O Estado passa a constituir um tripé que dinamiza o processo de industrialização, articulando: a empresa estatal, o financiamento público e a articulação entre o capital nacional e o internacional. A lógica deste tripé vai formatar e dar sustentação a um sistema legal de proteção social. Uma proteção social instituída a partir da combinação de interesses das

⁵⁰ Neste estudo vamos utilizar o termo *intervenção estatal* para designar a participação e a presença do Estado nos processos sócio-econômicos e políticos da realidade brasileira. É importante esclarecer que embora estejamos orientados pelas análises de Francisco de Oliveira, e neste caso específico, em seu ensaio “O surgimento do antivalor – capital, força de trabalho e fundo público”, este autor faz a opção pelo termo “padrão de financiamento público”. Ele argumenta que: “o termo ‘padrão de financiamento público’ é preferível aos termos usualmente utilizados no debate, tais como ‘estatização’ e ‘intervenção estatal’. O primeiro termo leva a supor que a propriedade é crescentemente estatal, o que está muito longe do real, e o segundo induz a pensar numa intervenção de fora para dentro, escamoteando o lugar estrutural e insubstituível dos fundos públicos na articulação dos vetores da expansão econômica” (OLIVEIRA, 1988, p. 11).

⁵¹ Esta particularidade do crescimento dos serviços e ampliação das funções do Estado foi abordada no capítulo 2.

diferentes frações dos trabalhadores urbanos, excluindo os camponeses e trabalhadores do mercado informal.

A despeito de sua capacidade de auto-sustentação financeira e tecnológica, a expansão da estrutura industrial brasileira desenvolveu-se face às estratégias assumidas pelo Estado de endividamento e da alta inflacionária para subsidiar este projeto de expansão e crescimento industrial.

Oliveira (1988) faz uma referência significativa à presença dos recursos públicos como elemento estrutural e imprescindível à sustentação do sistema capitalista, que nos permite identificar as fragilidades deste modelo de intervenção estatal e seu processo de exaustão. Ele demarca que o desenvolvimento das políticas de orientação keynesiana - que fundamentaram o *Welfare State* nos países centrais após a crise de 1929, mas precisamente pós 1945 – se expandiu embasado num padrão de financiamento público. Ele é categórico em afirmar que:

[...] o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais (OLIVEIRA, 1988, p.8).

Isto se expressa numa diversidade de formas de financiamento que envolve a educação gratuita e obrigatória, a medicina socializada, a previdência social, o seguro-desemprego, os subsídios para transportes, lazer, ciência e tecnologia, agricultura e uma vasta gama de outros subsídios relacionados com os setores estatais produtivos que dão sustentação às exportações. Também apresenta o financiamento público presente no mercado financeiro e de capitais através dos bancos e fundos estatais. Oliveira (1988, p. 9) acrescenta, “o financiamento público contemporâneo tornou-se abrangente, estável e marcado por regras assentidas pelos grupos sociais e políticos. Criou-se [...], uma esfera pública ou um mercado institucionalmente regulado”.

Outra inserção de destaque apontada pelo autor é a participação do financiamento público na reprodução da força de trabalho. O crescimento vertiginoso das despesas públicas como educação, saúde, previdência e outros serviços assistenciais, que se constituíram como salário indireto, representa a evidente incorporação dos custos da reprodução da força de trabalho financiada pelo Estado. É importante lembrar que, “a transferência para o financiamento público de parcelas

da reprodução da força de trabalho é uma tendência histórica de longo prazo no sistema capitalista” (OLIVEIRA, 1988, p. 10).

A rigor, constitui-se um padrão de desenvolvimento capitalista com forte presença dos financiamentos públicos, que foram incorporados de duas formas, através dos gastos sociais públicos em geral e, pela forma subsidiária da reprodução da força de trabalho, como vimos anteriormente. Oliveira (1988) enfatiza que a presença dos fundos públicos⁵² é estrutural ao capitalismo contemporâneo e, até que provem em contrário, insubstituível⁵³.

A consolidação deste padrão de financiamento público do Estado de Bem-Estar é apontada por Oliveira, mas também por outros teóricos, como responsável por um crescente *déficit* público nos grandes países industrializados e é este padrão que entra em crise, desde os anos 70. As fraturas deste modelo têm como um dos pontos relevantes a internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista.

Oliveira argumenta que a regulação keynesiana foi promissora “enquanto a reprodução do capital, os aumentos de produtividade, a elevação do salário real, se circunscreveram aos limites [...] da territorialidade nacional dos processos de interação daqueles componentes da renda e do produto” (OLIVEIRA, 1988, p.13). Isto significa que a crescente internacionalização acabou retirando parte dos ganhos fiscais, mas deixou aos fundos públicos nacionais a incumbência de continuar articulando e financiando a reprodução do capital e da força de trabalho (OLIVEIRA, 1988, p.13). O desequilíbrio produzido nas receitas fiscais por esta desterritorialização da produção desencadeou um elevado *déficit* público mimando as bases deste padrão de financiamento.

⁵² Nas questões analisadas por Oliveira, em obra já citada neste estudo, ele identifica mudanças significativas das relações dos fundos públicos com os capitais particulares e com a reprodução da força de trabalho, associando essas mudanças a uma “revolução copernicana” (aspas do autor). Ele assegura que “o fundo público é agora um *ex-ante* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex-post* típico do capitalismo concorrencial. Ele é a referência *pressuposta* principal, que no jargão de hoje *sinaliza* as possibilidades da reprodução” (OLIVEIRA, 1988, p.9).

⁵³ De acordo com Oliveira: “O que torna o fundo público estrutural e insubstituível no processo de acumulação de capital, atuando nas duas pontas de sua constituição, é que sua mediação é absolutamente necessária pelo fato de que, tendo desatado o capital de suas determinações autovalorizáveis, detonou um agigantamento das forças produtivas de tal forma que o lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma, concretizar, as novas possibilidades de progresso técnico abertas. Isto somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas” (OLIVEIRA, 1988, p.17).

O enfrentamento desta “crise fiscal” tem como protagonista uma reação conservadora liderada pelos governos de Thatcher na Inglaterra e Reagan nos EUA, a partir dos anos 1980. Estes empreenderam uma deliberada estratégia de “ajuste fiscal” que teve como foco os cortes dos gastos estatais para a produção de bens e serviços sociais. Esta será a pedra angular do ideário neoliberal que toma dimensões continentais orientando as estratégias de manutenção da lucratividade capitalista.

Entretanto, há uma associação de fatores que concorre para essa expansão, que estão para além da esfera política, como: a crise do petróleo, em 1973 e 1979, que desencadeia uma longa onda recessiva nos países centrais. Este fato foi acompanhado por baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, de avanços técnico-científicos dos processos de produção com o incremento da microeletrônica e da robótica instaurando um modelo de produção flexível que impõe uma economia de trabalho vivo, tendo como consequência o desemprego estrutural. A ocorrência desses fatores estabelece algumas condições de instabilidade social que acabam por contribuir para expandir as idéias neoliberais como alternativa para a saída da crise capitalista.

Realizando um balanço do neoliberalismo, Anderson (1996) afirma que este foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. O ideário neoliberal⁵⁴ assume uma posição contrária a qualquer limitação e interferência nos mecanismos de mercado por parte do Estado. Há, a partir deste momento, uma conversão ideológica de que o papel assumido pelo Estado é o responsável pelas mazelas do capitalismo contemporâneo.

⁵⁴ É interessante pontuar que o fundamento básico do ideário neoliberal tem referência nos argumentos de Hayek e de seus seguidores, que atribuem as raízes da crise do capitalismo ao poder excessivo e nefasto dos sindicatos que havia corroído as bases da acumulação capitalista pela pressão reivindicativa sobre os salários e também pela pressão parasitária para que o Estado aumentasse e garantisse cada vez mais os gastos sociais. O remédio para reverter esta crise seria “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 1996, p. 11). Desta forma, a ameaça à estabilidade do capital também está relacionada às investidas dos movimentos sociais em torno do atendimento as suas demandas e na garantia dos direitos já conquistados. Behring (2003, p. 63) lembra que a propalada “crise fiscal” não foi induzida diretamente pelas pressões dos trabalhadores por maior proteção social. Este, na verdade, foi um argumento para a defesa neoliberal promover os cortes dos gastos sociais, numa forma de escamotear as genuínas intenções de diminuição dos custos com o trabalho, também impondo derrotas aos movimentos organizados dos trabalhadores.

A expansão neoliberal promove uma recondução estratégica dos mecanismos de exploração da força de trabalho e elege o trabalho e os ganhos sociais e políticos da classe trabalhadora como um alvo a ser atingido.

Behring (2003) destaca algumas particularidades da ofensiva neoliberal que deixam evidentes seus efeitos nefastos sobre as conquistas da classe trabalhadora e que denotam a concretização das propostas de deslocamento e/ou refuncionalização do papel do Estado em sua intervenção nas relações sociais. A alternativa seria: mais mercado livre e menos Estado social.

Isto, em verdade, expressou-se em consequência da:

Retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo, corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores; estes são os componentes regressivos das posições neoliberais no campo social, que alguns se atrevem a propugnar como traços da pós-modernidade (MONTES, 1998, p. 58 apud BEHRING, 1998, tradução da autora).

Nesta direção, a política neoliberal responde a um conjunto de orientações e condições marcadas pela busca da produtividade e rentabilidade do capital às custas da desregulamentação do trabalho e da degradação das condições de vida e trabalho dos indivíduos/da população. Como lembra Behring (2003), as linhas gerais que passam a orientar esta lógica são: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade combinadas com as requisições da reestruturação produtiva e da mundialização do capital.

Ocorre a partir desta lógica, uma deliberada desqualificação do Estado e um flagrante processo de enraizamento dessas condições indicadas por Behring (2003) pela via da dissolução da unidade constitutiva do Estado e do capital nacional. Os Estados nacionais enfrentam dificuldades para desenvolver políticas industriais, ficando restritos a criar as condições necessárias e atrativas para as investidas estrangeiras. Desta forma, a eles cabem:

Cobrir o custo de algumas infra-estruturas (sobre as quais não há interesse de investimento privado), aplicar incentivos fiscais, garantir escoamentos suficientes e institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação, em nome da competitividade (BEHRING, 2003, p. 59).

Isto ainda reflete bem uma forte característica do Estado no capitalismo tardio, como refere Mandel (1982), que integra três funções fundamentais: a de possibilitar e garantir as condições gerais de produção, a de reprimir qualquer tipo de ameaça ao modo de produção e a de promover a integração das classes dominadas. “O grande administrador do conjunto desses processos do capitalismo tardio é o Estado” (BEHRING, 2002, p. 134).

Ora, o que se constituirá a partir daí são medidas restritivas que se expressam nas liberalizações, desregulamentações e flexibilidades no âmbito das relações de trabalho. São estratégias que permitem a redução dos salários e a fragmentação do mercado de trabalho. Neste conjunto de medidas também se incluem os processos de privatizações que provocam um recuo expressivo nas dimensões do setor público.

Esses elementos apresentados conferem ao Estado a função de assegurar as condições de produção e reprodução do capital, mas agora com uma nova roupagem.

Na análise de Behring, para o Estado

Hoje, cumprir com esse papel é facilitar o fluxo global de mercadorias e dinheiro, por meio [...], da desregulamentação dos direitos sociais, de garantias fiscais ao capital, da ‘vista grossa’ para a fuga fiscal, da política de privatização, dentre inúmeras possibilidades que pragmaticamente viabilizem a realização dos superlucros e da acumulação (BEHRING, 2003, p. 64).

E ainda acrescenta, com base nos argumentos de Montes, que

O neoliberalismo, mais que menos Estado, propugna outro Estado. O que pretende é mudar algumas pautas, porém não tem asco da intervenção do Estado quando preserva e garante os privilégios do capital, individual ou coletivamente considerados (MONTES, 2003, p. 64 apud BEHRING, 2003).

O aporte da política neoliberal na realidade brasileira, como também nos países da América Latina, rebate frontalmente neste caráter interventor do Estado, resguardadas as particularidades de cada país.

No caso do Brasil, podemos dizer que a adoção do ideário neoliberal como estratégia governamental só apresentou dividendos para as classes dominantes. Aos trabalhadores restou pagar a conta, com o emprego e até com a

própria vida, diante do agravamento das desigualdades sociais e o crescimento do pauperismo que gerou mais insegurança e instalou a violência.

Se considerarmos que no Brasil pouco tinha o que ajustar, cortar e restringir podemos vislumbrar os seus efeitos. Afinal, aqui não houve um *Welfare State* a destruir; a efetividade dos direitos sociais é residual; não há gorduras nos gastos sociais de um país com os indicadores sociais que exhibe, como bem destacou Netto (1996). Isto representa para a sociedade brasileira que seu ingresso neste marco de refuncionalização do papel do Estado, conduzido pelo neoliberalismo, significou o agravamento da chamada “dívida social”. Isso combinado com as implicações negativas da reestruturação capitalista conduziu uma desregulamentação e uma flexibilização das relações de trabalho compatível com as exigências do capital. O projeto neoliberal assume uma vitalidade na sociedade brasileira que demonstra sua sintonia com os “rumos flexibilizadores do capitalismo tardio” (NETTO, 1996, p. 105).

Este direcionamento assumido, principalmente no início dos anos 90, é um fator determinante para as discussões que faremos a partir deste momento, pois esta recondução do papel Estado constitui as bases do processo de desregulamentação do trabalho, objeto de nossas análises. O neoliberalismo funcionou como mola propulsora dos projetos de reforma do Estado na perspectiva de adequação às novas exigências econômicas e sociais. A experiência brasileira de reforma do Estado, como analisaremos mais adiante, foi uma expressão concreta de uma contra-reforma do Estado, como bem qualifica Behring⁵⁵ (2003), que implicou num profundo retrocesso social em benefício de poucos.

⁵⁵ É imprescindível, para prosseguir neste debate, demarcar um pressuposto fundamental que é defendido por Behring (2003) e que incorporamos pela sua contundência e fidelidade ao paradigma analítico ao qual fazemos referência. Compartilhamos com sua defesa de que assistimos a um movimento de *contra-reforma do Estado*. Esta caracterização de contra-reforma atribuída por Behring, tem referência na improcedência do uso do termo *reforma*. Este termo, ao ser capturado pelo discurso dos seus propositores, apresenta-se destituído de seu conteúdo progressista e submetido a um uso pragmático, supondo uma conotação de que qualquer mudança pode significar uma *reforma*, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sociopolítica. Behring (2003, p. 22) afirma que, na verdade “a auto-referência dos apologistas, os quais insistem em apontar o projeto da era FHC como reforma, é uma espúria e ideológica ressemantificação”. Neste sentido, a *reforma* proposta está na direção contrária por abandonar “as possibilidades de ruptura com a heteronomia e de uma redemocratização política e econômica inclusiva dos trabalhadores e a maioria da população brasileira nos anos 1990” Ela acrescenta que esta indicação de *contra-reforma* “vincula-se, ainda, à recusa de caracterizar como reforma processos regressivos” (BEHRING, 2003, p. 22).

3.1.1 As investidas neoliberais na realidade brasileira

É fato que as investidas do projeto neoliberal encontraram um terreno fértil para sua pregação anti-social na realidade brasileira. Em suas análises Soares (2001) aponta com clareza as fragilidades expressas nas condições econômicas e políticas presentes no Brasil no final dos anos 80.

O país enfrentava uma onda de instabilidade “macroeconômica e política” expressa na instabilidade da moeda, do crescimento e também, a instabilidade na condução das políticas públicas. Nos anos 80 foram contabilizados oito planos de estabilização monetária, quatro moedas, onze índices de cálculo inflacionário, cinco congelamentos de preços, quatorze políticas salariais, dezoito modificações nas regras de câmbio, cinquenta e quatro alterações nas regras de controle de preços, vinte e uma propostas de negociação da dívida externa e dezenove decretos sobre a autoridade fiscal (SOARES, 2001). Esta drástica contabilidade apresentada pela autora demonstra as condições econômicas, políticas e sociais que antecederam as medidas de nosso ajuste neoliberal. Em que pesem estas condicionalidades, o Brasil dos anos 80 já despontava como o país de industrialização mais avançada na América Latina, entretanto,

O caminho de um ‘ajuste estratégico’, com uma profunda reestruturação produtiva e tecnológica, parecia estar impedido não pela força do Estado brasileiro, mas por sua fragilidade [...]. Essa fragilidade também se expressava na incapacidade desse Estado em disciplinar simultaneamente o trabalho (embora seja sempre este o elo mais frágil), o capital (com grande heterogeneidade de interesses) e a si próprio (SOARES, 2001, p. 153).

As bases da expansão neoliberal encontram de um lado o agravamento da crise econômica em 1989-90 e do outro o esgotamento do Estado desenvolvimentista brasileiro. A chegada ao poder do presidente Fernando Collor no início dos anos 90, através do voto direto aglutinando os interesses da direita política com os dos setores populares, propiciou um clima de “reformas”⁵⁶. Materializaram-se as primeiras propostas de desregulamentação da economia

⁵⁶ Foi lançado neste governo um Plano de Estabilização e Reforma Econômica que tinha como eixo central o combate à inflação que, aos poucos, mostrou seus contornos neoliberais e suas graves consequências, sobretudo sociais.

através da defesa intransigente da abolição da regulação do Estado sobre os preços da economia e sobre as relações de trabalho⁵⁷.

Esta regulação do Estado é indicada como a promotora das “distorções” existentes e o caminho para sua superação foi o “livre jogo do mercado”, onde os mecanismos de regulação seriam automáticos, tecnicamente isentos e permitiriam uma distribuição “racional” dos recursos. Em suma, este projeto empreendeu a retirada do Estado, a sua renúncia enquanto agente econômico produtivo e empresarial (SOARES, 2001). Seguindo esta lógica se concretizaram as propostas de privatização das empresas estatais incrementando o recuo do setor público como agente econômico.

O fundamento mais explícito dessa lógica dilapidadora do Estado é a defesa, pelo governo, de que o “setor público caracteriza-se, por princípio, em qualquer circunstância, como ineficiente e incapaz, ao contrário do setor privado, o único a possuir uma ‘racionalidade’ e uma ‘vocação’ capazes de levar ao crescimento econômico” (SOARES, 2001, p.154). De maneira nefasta esse fundamento tornou-se hegemônico dominando tanto o setor produtivo como as políticas sociais. Este é o ancoradouro da lógica privatista que passa a dominar também o setor saúde que, como veremos mais adiante, uma lógica que não nasce nesse contexto, mas sob esta orientação, é resgatado de forma veemente.

Soares (2001) destaca que ao atingir as áreas sociais, como saúde, educação e previdência, esta lógica defendendo a “superioridade” do setor privado, promove resultados desastrosos não causados pelo “excesso” de Estado, mas pela sua privatização interna.

Isto vai revelar a forte tendência que se impõe sob a orientação neoliberal, que adota/assume a lógica do mercado legitimando, no caso específico

⁵⁷ Embora estejamos indicando a era Collor como um marco para a incursão do neoliberalismo na realidade brasileira, temos que considerar uma significativa observação feita por Francisco de Oliveira (1996) ao tecer comentário sobre o neoliberalismo à brasileira. Ele lembra que durante a ditadura os dirigentes eram todos “liberais”, e ele refere às aspas por considerar que o liberal brasileiro tem sempre por trás de si um rancoroso autoritário, e foi no contexto da ditadura que teve início o processo de dilapidação do Estado brasileiro que se estendeu sem interrupção no mandato “democrático” de José Sarney. Ele enfatiza: “Essa dilapidação propiciou o clima para que a ideologia neoliberal, então já tão avassaladora nos países desenvolvidos, encontrasse terreno fértil para uma pregação anti-social”. E acrescenta que a chegada de Collor ao poder encontrou um “terreno fértil onde a dilapidação do Estado preparou o terreno para um desespero popular, que via no Estado desperdiçador [...] o bode expiatório da má distribuição de renda, da situação depredada da saúde, da educação e de todas as políticas sociais” (OLIVEIRA, 1996, p. 24).

da saúde, uma desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela de consumidores de serviços⁵⁸.

A privatização interna do Estado referida por Soares (2001) é fortalecida pela defesa de um Estado Mínimo, restrito apenas a algumas funções básicas e de baixo custo como a educação primária, a saúde pública de atenção básica e ações de infra-estrutura essencial ao desenvolvimento econômico. Nesta proposta, estava subjacente que “o Estado se afastasse das funções que não fossem ‘prioritárias’ para alavancagem de um desenvolvimento ‘autônomo’ e ‘auto-sustentado’” (SOARES, 2001, p.155).

Este recuo do Estado associado às investidas de privatização constituíram-se nas estratégias prioritárias para reduzir gastos, enfrentar o *déficit* público e conter a inflação. Neste bloco de estratégias instala-se uma contenda com os trabalhadores do serviço público, a quem é atribuído o excesso de gastos e as distorções do setor.

A tão perseguida máxima de “inserção no primeiro mundo” defendida pelos governos tem suas bases nas requisições e recomendações dos organismos internacionais que historicamente subsidiaram as propostas de crescimento econômico e desenvolvimento social no Brasil.

A participação dos organismos internacionais aparece como mais um vetor extremamente importante para deslanchar o predomínio da ofensiva neoliberal na realidade brasileira. Desta forma, é relevante explicitar o papel decisivo das agências multilaterais, mais especificamente o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI, como os grandes patrocinadores financeiros das reformas estruturais empreendidas nos anos 90.

É importante fazer uma referência à participação dessas agências neste cenário, pois elas têm um peso significativo tanto na condução das políticas sociais, especificamente a da saúde, como nas formas de gestão da força de trabalho empreendidas nos projetos de reformas, principalmente do setor público.

As ingerências das agências multilaterais nas políticas governamentais dos países periféricos, a exemplo do Brasil e dos países latino americanos, têm suas

⁵⁸ Este novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas, que analisaremos com mais detalhes no decorrer desta tese.

primeiras referências já nos anos 1940⁵⁹. Sob a hegemonia dos EUA, para promover uma suposta estabilidade social no período pós-guerra e conter as ameaças socialistas aos países subdesenvolvidos, estas agências empreenderam ao longo de décadas, políticas estratégicas de “promoção” do desenvolvimento econômico e social⁶⁰ para os países da América Latina e do Caribe.

Tendo como pressuposto básico o desenvolvimento, o Banco Mundial passa a “disponibilizar recursos para induzir o crescimento/desenvolvimento dos países que não se desenvolveram ‘naturalmente’,” partindo do princípio que “o *fator escasso* nestes países seria o capital, fundamental para estimular a utilização plena dos fatores de produção, potencialmente existente neles” (RIZZOTTO, 2000, p. 71).

Nesta direção, empreendeu-se uma política de empréstimos e financiamentos de programas e projetos governamentais sustentados pelos organismos internacionais (FMI, Banco Interamericano de Desenvolvimento –BIRD e Banco Mundial), que integravam investimentos na indústria, agricultura, educação, saúde, como também investimentos relacionados à planificação familiar, à urbanização e ao desemprego.

Há uma ação deliberada das agências financiadoras em subordinar o desenvolvimento social ao crescimento econômico, supondo uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Entretanto, como acrescenta Rizzotto (2000, p. 76),

A realidade se constituiu de forma diferente, o crescimento econômico experimentado por alguns países periféricos nos anos 60 e 70, promovido em grande parte com a ajuda do Banco Mundial, longe de representar uma melhoria no padrão de vida das pessoas, contribuiu para acelerar a concentração de renda, ampliando a diferença entre as classes sociais, ao mesmo tempo em que aumentou a quantidade de pobres em todo o mundo e acentuou o fosso que divide os países ricos dos pobres.

Na realidade, presencia-se a ocorrência do domínio ideológico e cultural dos países hegemônicos, mais especificamente dos EUA, e a consolidação de uma relação de maior dependência dos países periféricos. Estas agências a partir dos

⁵⁹ Num acordo de cooperação bilateral entre Brasil e EUA, foi criado em 1942 o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública direcionado para a promoção de condições de saúde e saneamento na região amazônica na extração e produção da borracha, mica e quartzo. Fazia parte de uma estratégia de constituir uma política externa centrada em cooperações bilaterais através de programas de assistência técnica e de estímulos para que a iniciativa privada investisse nestas regiões. A experiência do SESP serviu de base para outras ações de cooperação na área da saúde nos anos 60 (RIZZOTTO, 2000, p. 63)

⁶⁰ Para uma análise mais aprofundada da emergência, desenvolvimento e expansão das Agências Multilaterais ver RIZZOTTO (2000).

anos 70, passam a ter maior ingerência nos países periféricos elaborando relatórios com diagnósticos econômicos e sociais sobre esses países de forma a propor ações efetivas para o atendimento das necessidades básicas e o combate à pobreza no propósito de promover o “desenvolvimento/crescimento econômico”.

Esta política subsidiária de significativos recursos financeiros e de fácil acesso, conjugada às condições de endividamento dos Estados Nacionais “acabou por induzir os governos dos países periféricos a contraírem dívidas no exterior, superiores ao índice de crescimento da renda nacional e além de suas possibilidades de pagamento” (RIZZOTTO, 2000, p.86).

Ao estabelecer uma relação de dependência financeira, estas agências passaram a subsidiar programas de ajuste estrutural e setorial impondo uma série de condicionalidades aos países que recorrem aos empréstimos, devendo estes honrar com os compromissos da dívida externa e também equilibrar suas economias. Passam a ditar as normas, a condicionar a liberação de recursos mediante o cumprimento de exigências que ao tempo em que garantem o reembolso do montante investido, supostamente contêm o acirramento das desigualdades⁶¹.

Esta relação de dependência e subordinação dos países periféricos é acirrada com os efeitos da mundialização do capital⁶² e com a disseminação do discurso neoliberal. Nesta direção, as agências financiadoras investem nos programas de ajuste estrutural e de reformas que assegurem políticas nacionais que ampliem a participação do capital privado, a redução do papel do Estado e uma suposta estabilidade política e social⁶³. Predomina uma concepção em que as políticas sociais não são reconhecidas como direito, mas como ato de solidariedade,

⁶¹ De certo que essa parceria entre governo e agências multilaterais, tem como consequência o agravamento das condições de vida das populações dos países periféricos que não empreenderam esforços para dirimir seus problemas internos, mas centraram suas prioridades no pagamento das dívidas aos seus grandes financiadores, o Banco Mundial e o FMI. Como resultado houve um aumento significativo da pobreza em escala mundial. Segundo as análises de Rizzotto “Esta realidade, criticada e denunciada em todo o mundo, associada aos perigos que começam a emergir a partir dela, fez com que, nos anos 90, a questão do combate à pobreza e às desigualdades sociais, reaparecesse de forma insistente nos discursos de dirigentes do Banco Mundial, de representantes de outros organismos internacionais e nas falas dos governantes” (RIZZOTTO, 2000, p. 94).

⁶² Para Chesnais, essa expressão “mundialização do capital” “é a que corresponde mais expressamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’” (CHESNAIS, 1996, p. 17).

⁶³ Rizzotto esclarece que “desde a década de oitenta, os empréstimos de organismos internacionais como o Banco Mundial, que têm como base os mesmos parâmetros de qualquer relação comercial no que se refere aos custos de dinheiro emprestado, estão condicionados à absorção do ‘receituário’ formulado no ‘Consenso de Washington’, na prática, isto implica em monitorar as políticas econômicas e sociais dos países prestatários ” (RIZZOTTO, 2000, p. 103)

que devem ser assumidas pela própria sociedade através de organizações sociais não-governamentais, pelos empresários, cabendo ao governo apenas a sua regulamentação (RIZZOTTO, 2000, p.102).

Considerando as atuais configurações que assumem as políticas no campo social, em especial no Brasil, poderíamos dizer que coube ao Estado apenas a (des) regulamentação das políticas no campo social.

Consolida-se uma relação de perda de autonomia dos Estados Nacionais, entre os quais se inclui o Brasil, que passam a responder e adequar-se às exigências de seus “patrocinadores”, como analisa Rizzotto (2000, p.105),

O esforço que o Banco Mundial tem feito para imprimir e consolidar uma nova dinâmica nas relações internacionais, fundamentada em princípios liberais e, conseqüentemente, redefinindo os papéis dos Estados Nacionais, pode ser verificado nas mudanças promovidas em sua pauta de financiamento, nas exigências financeiras e políticas, expressas nos acordos de empréstimos, nas suas normas operativas e nas modalidades de financiamento que prioriza para os países prestatários.

Seguindo o receituário neoliberal, as agências multilaterais recomendam uma reforma no setor público que reordene os gastos públicos através da diminuição de investimentos do Estado em serviços que impliquem em aumento do *déficit* público.

Analisando as tendências das políticas sociais sob as influências dos parâmetros das agências multilaterais, Behring (2003) denuncia o caráter compensatório que dá sustentação às proposituras de intervenção social que assumem o paradigma/padrão da solidariedade, do voluntarismo e da filantropia. Ela argumenta que é possível observar a emersão de uma espécie de clientelismo (pós) moderno ou neocorporativismo. Nas palavras da autora,

A sociedade civil é domesticada - sobretudo seus impulsos mais críticos - por meio da distribuição e disputa dos poucos recursos públicos para ações focalizadas ou da seleção de projetos sociais pelas agências multilaterais (BEHRING, 2003, p. 65).

De fato, é este o caráter do ajuste estrutural proposto pelas agências internacionais que condicionam as economias nacionais a adaptar-se às novas exigências e condições da economia mundial. São evidentes as interrelações entre as chamadas reformas estruturais experienciadas pelo Brasil nessas duas últimas décadas e os paradigmas defendidos por essas agências.

É uma tendência que predomina por toda a década de noventa e, no Brasil, revigora suas forças na gestão política dos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) em que as políticas sociais e do trabalho foram frontalmente atacadas. Também tem continuidade nos governos de Luis Inácio da Silva (2002-2006) e no seu segundo mandato que teve início em 2006.

Os efeitos deletérios da ofensiva neoliberal na realidade brasileira superam as instâncias econômicas e sociais afetando, como diz Oliveira (1996, p.27), “as bases da esperança [...]. Destrói o princípio de esperança e abre as comportas para uma onda conservadora de que o Brasil não tem memória”. Sua letalidade maior está na sua capacidade de destruir as referências ideológicas e culturais que fomentaram os movimentos de resistência e de luta contra a exploração e a degradação social. De forma explícita, o projeto neoliberal apostou na desmobilização e desarticulação dos trabalhadores. Suas estratégias sintonizadas aos pressupostos de economia dos custos com a força de trabalho, da economia do trabalho vivo, induzem o recuo dos movimentos sociais de luta por trabalho e por melhoria de condições de vida. Como lembra Netto (1996, p.30), “o afluxo, ao mercado de trabalho, de um novo tipo de trabalhador condicionou substancialmente a perda de força e vigor do movimento sindical tradicional”.

São mudanças culturais significativas que se expressam pelo processo de dessindicalização que afetou decisivamente a correlação de forças existente entre as entidades sindicais e seu patronato. Oliveira (1996, p. 28) destaca que “trata-se de destruir a capacidade de luta e organização que uma parte do sindicalismo brasileiro mostrou”.

Nesta sutil estratégia de perda de referências também se anulam e se ocultam as particularidades locais, permitindo que as propostas neoliberais sejam assumidas como única e segura alternativa para investir no crescimento econômico e social do país.

Soares (2001, p.156) argumenta que a proposta neoliberal “fez questão de omitir o papel histórico desempenhado pelo Estado na estruturação do nosso capitalismo, desde a origem marcado pelo seu caráter tardio e dependente”. E acrescenta que foi o Estado que conduziu as políticas econômicas necessárias ao incremento da industrialização, além de possibilitar a participação do Brasil no comércio internacional.

São particularidades locais que foram dizimadas para dar lugar às propostas que respondem a uma racionalidade linear, que incluem de forma generalizada as nações e seus povos como ingredientes de uma receita “perfeita”. Melhor dizer, quase perfeita, pois seu potencial de destrutividade se evidencia pelo pauperismo e a degradação social que afeta a todos, principalmente a população dos países periféricos⁶⁴, inclusive o Brasil.

Os argumentos apresentados, longe de esgotar esta complexa discussão, auxiliam na compreensão das novas requisições para a intervenção estatal neste atual contexto e permitem articular as estratégias empreendidas pelo capitalismo, sob a hegemonia dos países centrais, para estabelecer a sua perene lucratividade. É perceptível que no momento em que se coloca em risco o processo de valorização e acumulação do capital, este busca as formas de superação num movimento de reestruturação permanente.

Neste sentido, se torna absolutamente fundamental para o capital a construção de uma nova institucionalidade - expressa nas “reformas” do Estado, do sistema educacional, da previdência, numa “redefinição” da relação entre executivo, legislativo e judiciário - e que isso possa lhe oferecer e assegurar uma força de trabalho segundo suas exigências históricas (DIAS, 2005, p.45).

⁶⁴ Segundo dados do Relatório do Panorama Laboral para América Latina e Caribe (OIT, 2008), sobre o emprego formal indicam que em 2007 58,6% dos ocupados se encontravam em situação precária. A taxa de desemprego nas áreas urbanas desses países variou entre 8,3% a 7,5% entre janeiro e novembro no ano de 2008. Em relação a população mundial a estimativa da OIT é que o desemprego em 2009 atinja uma taxa de 6,5%, o que representa 30 milhões de pessoas a mais sem emprego no mundo em relação a 2007. Estes números expressam a retração do crescimento econômico mundial que não acompanha o aumento da demanda por trabalho e impede a melhora das condições de vida dos mais pobres. O número de trabalhadores pobres – pessoas que não ganham o suficiente para manter-se a si mesmos e a suas famílias além do umbral da pobreza de 2 dólares ao dia por pessoa – pode aumentar até alcançar um total de 1,4 bilhão, o que representaria 45% do total de trabalhadores no mundo. A crise vem atingindo fortemente os segmentos mais jovens. Espera-se que o número de desempregados jovens aumente entre 11,6 milhões e 17,7 milhões entre 2008 e 2009. Prevê-se que a taxa de desemprego dos jovens aumente cerca de 12,2% em 2008 para 14,1 a 15,1% em 2009. Outro elemento importante que revela este pauperismo é a ausência de proteção social, quando é indicado pela OIT que apenas 10% da população mundial têm alguma forma de proteção social. Associado a esses fatores, dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2004 demonstraram que ao longo dos anos 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), recuou em vinte países, sendo treze deles na África sub-sariana. O cidadão médio de quarenta e seis países é mais pobre hoje do que há uma década, atualmente mais pessoas estão com fome e vivendo em condições degradantes, a despeito de todos os avanços científicos e tecnológicos. Estas são as expressões do agravamento da questão social contemporânea revelando a degradação social produzida pelas exigências da ordem social capitalista.

Acompanhando esta lógica, um elemento fundamental para assegurar as condições políticas e ideológicas para extração dos superlucros, foi instaurar uma acentuada competitividade pactuada com a queda dos custos dos fatores de produção. É dentro desta estratégia de superação da baixa lucratividade que os custos com o trabalho assumem uma importante dimensão.

Esta redução dos custos com a força de trabalho será empreendida através “da flexibilização das relações contratuais de trabalho, retirando-se o Estado da regulação destas relações, inclusive no que se refere à questão da proteção social, com a redução dos encargos sociais” (BEHRING, 2003, p. 214).

Conduzindo esta nau, o Estado brasileiro assume um modelo gerencial, a partir dos anos noventa, afinado com a perspectiva neoliberal respondendo a um modelo de administração pública que aponta para duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender às exigências do capital nas suas urgentes e mutantes necessidades (SANTOS, 2005).

Nesta perspectiva gerencial, adequou-se a estrutura estatal ao modelo apropriado ao mercado privado, principalmente no que se refere a novas formas de regulamentação do trabalho, que passam a representar um significativo recuo nas conquistas sociais e políticas no campo das relações de trabalho no Brasil.

3.2 A regulamentação do trabalho: seu o processo de construção e reconstrução

Os argumentos apresentados no item anterior indicam que os anos noventa demarcam um momento histórico no Brasil, de recomposição da hegemonia burguesa que, combinada à expansão do ideário neoliberal, instituiu um projeto societário de revigoração do capitalismo, assumindo como um de seus eixos, um Estado diminuído em sua base social, mas eficaz para atender às necessidades do capital. Necessidades que, como vimos, são traduzidas na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas, na privatização das empresas estatais, no sucateamento da saúde e previdência públicas e no desmonte da organização sindical. Predominou e generalizou-se uma concepção reformadora centrada na diminuição do Estado e na valorização do mercado.

Em verdade, ao corporificar os ditames neoliberais o Estado brasileiro responde às novas requisições da acumulação capitalista, visíveis nos seus mecanismos de intervenção que, empenhados nas estratégias de desregulamentação do aparato institucional, passam a atender às orientações de adaptabilidade, eficiência, produtividade e flexibilidade. Constitui-se, na ordem burguesa, o imperativo da “reforma” do Estado alinhada às novas condições da economia mundial.

Este direcionamento do Estado brasileiro nos anos noventa representa uma importante referência para a análise dos elementos empíricos inseridos no debate desta tese. É nesta nova configuração assumida pelo Estado que se delineia a recomposição da força de trabalho no serviço público, que se constitui no escopo das nossas reflexões. É preciso descortinar a realidade que envolve a força de trabalho inserida na estrutura administrativa do Estado, indicando o que vem determinando suas novas configurações e as implicações das mudanças efetivadas sobre a força de trabalho inserida neste setor. Não se podem ocultar os rebatimentos das novas exigências da acumulação capitalista neste campo que, ao requisitar do Estado um novo papel, leva a sua força de trabalho à degradação das condições de vida e trabalho. A força de trabalho do serviço público não está imune à vulnerabilidade social imposta aos trabalhadores no tempo presente.

Considerando que o viés predominante na proposta de “reforma” gerencial é a desregulamentação do trabalho, que afetou tanto o setor público como privado, pensamos em apresentar, a priori, alguns elementos que demonstrem a trajetória da regulamentação do trabalho. De que forma alcançamos o patamar de trabalho socialmente e legalmente protegido que foi conquistado pelos trabalhadores do serviço público brasileiro?

Nesta direção, antes de adentrarmos na discussão da desregulamentação do trabalho no serviço público, seria importante definir a sua antítese, o que orienta as condições do trabalho regulado ou regulamentado⁶⁵. Partimos do pressuposto de

⁶⁵ Existe uma distinção entre os termos regulação e regulamentação. Na argumentação de Rosso (2003) são utilizados frequentemente o substantivo regulação e o verbo regular, em vez de regulamentação e regulamentar. O uso do verbo regular denota um sentido bem particular, pois tem o significado de “dispor, ordenar” e regulação, “o ato ou efeito de regular”. Segundo o autor são “sentidos que os distinguem amplamente de regulamentar ou regulamentação, que se aplica apenas ao ato jurídico ou administrativo de submeter uma instituição ou um corpo coletivo a um regulamento”. Deste modo, o termo regulamentação é mais restrito por expressar atos administrativos, legislativos, jurídicos, etc. Na interpretação de Rosso, o uso do termo regulação

que o trabalho regulamentado insere-se num construto de proteção social que lhe assegura relações de trabalho mediadas pela intervenção de atores sociais – como o Estado, o empresário e a organização sindical - que lhe certifiquem direitos de proteção ao trabalho e a vida. A legislação trabalhista, os acordos e negociações coletivas são instrumentos que formalizam esta relação e refletem as correlações de forças e contradições presentes na construção social do trabalho protegido e regulamentado.

Seguindo esta lógica, a desregulamentação do trabalho representa um processo de desagregação desta proteção social que se expressa nas relações, nos processos e na organização do trabalho. Concretiza-se, não só pelas modificações nas ações normativas, legais e jurídicas, mas pelas imposições de uma lógica mercantil e produtiva que desvaloriza o trabalho, pela via da intensificação do uso da força de trabalho, pela captura de sua subjetividade e pela ameaça frequente do desemprego e da desproteção social. Neste sentido, as relações de trabalho embora se encontrem num campo normativo, revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e também expressam, a nosso ver, esta nova conformação de desregulamentação.

Para construir uma sequência lógica do que estamos considerando a desregulamentação do trabalho instaurada pela reforma gerencial de FHC, optamos por recuperar alguns aspectos da trajetória histórica e política da conquista dos direitos trabalhistas que estavam formalizados no aparato legal até os anos 1998. É um resgate pontual, mas importante, em virtude da forte conotação da proposta da reforma em naturalizar as mudanças, como algo inevitável, do qual não podíamos fugir. Havia uma sutileza em ocultar que o patamar de legislação trabalhista conquistado, tanto no âmbito público como no privado, correspondeu a um enfrentamento de interesses antagônicos que resultou nas formulações possíveis e que os trabalhadores foram protagonistas nesta luta e que, também, poderiam resistir as novas propostas.

Para tal feito, nos apropriamos de estudos que analisam a trajetória desta construção dos direitos trabalhistas e que permitem identificar as particularidades do nosso patamar de trabalho regulamentado e protegido. Para tanto, destacamos inicialmente alguns elementos apresentados em estudo anterior de Souza (1996), que indicam as primeiras formulações da legislação trabalhista associadas à luta por

"permite construir um sentido mais amplo que abarca a realidade social com suas múltiplas formas de dispor e de ordenar,(...)" conforme ele se apropria em seu estudo (ROSSO, 2003, p. 15)

melhores condições de trabalho. Estabelecemos também uma interlocução com os estudos de Krein (1999; 2001), Carvalho Filho (2002) e Cardoso Júnior (2001) que revelam as interfaces do processo de regulamentação do trabalho na realidade brasileira, a partir de estudos focados nas modificações sofridas pelo mercado de trabalho do serviço público e a incursão da flexibilização nas relações de trabalho.

Veremos que muito pouco existe de novidade na direção dessa desconstrução do aparato legal do trabalho, não nos surpreendamos, portanto com a reedição de antigas formas de controle, exploração e sujeição da força de trabalho.

Recuperar alguns aspectos da evolução histórica da constituição da legislação trabalhista no serviço público remete, como apontamos no início deste capítulo, a localizar as particularidades do padrão de desenvolvimento sócio-econômico da realidade brasileira e reconhecer que as condições concretas de vida e trabalho são potencializadoras de fatos e acontecimentos que conduzem às lutas sociais pela garantia de direitos.

Souza (1996) argumenta que os primeiros registros de conquistas sociais e trabalhistas no Brasil datam das primeiras décadas do século passado, quando foi formalizada a regulamentação da primeira lei sobre indenizações por acidentes de trabalho, em 1919⁶⁶. Esta Lei foi promulgada em um contexto marcado por uma alta incidência de acidentes de trabalho e a ausência de uma regulamentação das relações trabalhistas, que conduziram também a luta dos trabalhadores pela redução da jornada de trabalho, pela regulamentação do trabalho feminino e infantil e pela prevenção e indenização dos acidentes de trabalho.

Estas primeiras mobilizações e tantas outras surgidas ao longo da história da classe trabalhadora para preservar sua força de trabalho, emergiram devido à falta de amparo aos trabalhadores nos momentos de incapacidade para o trabalho. Esta falta de proteção também ocorre pela exposição ao desemprego, ficando o

⁶⁶ Um estudo realizado por Rocha e Nunes (1993) sobre a relação saúde-trabalho apresenta informações relevantes sobre a formalização de leis trabalhistas resultantes das lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho. Este documenta que, em termos de legislação trabalhista, a partir da década de 10 do século passado, “começam a surgir no Congresso alguns parlamentares mais sensíveis à questão social, propondo a legislação de vários aspectos das questões trabalhistas e sociais. [...] Em 1919 foi aprovada a primeira lei sobre indenizações por acidente do trabalho (Lei número 3734 de 15/01/19), sendo que em quatro tentativas anteriores, projetos semelhantes foram rejeitados (1904 agosto e outubro de 1908 e 1915). A lei foi regulamentada pelo Decreto número 13498, de 12/03/19.” (ROCHA; NUNES, 1993, p.91)

trabalhador sem direito a qualquer benefício e ainda desprotegido no momento da aposentadoria.

A instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), nos anos de 1920 e o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no decorrer de 1930 e 1940, representaram uma resposta do Estado a antigas reivindicações dos trabalhadores que pleiteavam o recebimento de benefícios pecuniários (aposentadorias, pensões e outros)⁶⁷, assistência médica e garantias formais de proteção ao trabalho como férias, delimitação da jornada de trabalho, salários e a normatização para o trabalho infantil e da mulher (SOUZA, 1996).

É a partir dos anos 1930, que podemos identificar a formatação de uma legislação trabalhista exigindo uma intervenção mais efetiva do Estado na regulamentação das relações de trabalho. A legislação trabalhista, após a criação do Departamento Nacional do Trabalho⁶⁸, no governo Vargas, reuniu vários Decretos regulamentando horários de trabalho e férias para diversas categorias, condições de trabalho das mulheres e crianças e benefícios de Previdência Social (ROCHA; NUNES, 1993). Ainda neste contexto, foi criada em julho de 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que passa a reunir a legislação relacionada com a organização sindical⁶⁹, a previdência social, a proteção ao trabalhador e a justiça do trabalho. Esta legislação ampara um contingente de trabalhadores vinculados a diversos setores econômicos, entretanto não estabelece cobertura social equânime entre trabalhadores urbanos e rurais.

No que se refere à ação do Estado como gestor de força de trabalho, a era Vargas também deixou seu saldo⁷⁰. Foi criado o Departamento de Administração

⁶⁷ O estudo de OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(IM) Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985., aprofunda esta temática, analisando a consolidação da legislação previdenciária no Brasil.

⁶⁸ Este Departamento Nacional do Trabalho foi criado em 04/02/1931, pelo decreto 19.671, “era composto por duas seções: 1ª organização, higiene e segurança e inspeção do trabalho e a 2ª previdência social, [...]” (ROCHA; NUNES, 1993, p. 105).

⁶⁹ Neste período, para conter o acirramento das lutas trabalhistas o Governo Vargas atrela os sindicatos à estrutura do Estado instituindo o monopólio da representação sindical, o imposto sindical e a possibilidade de intervenção sobre os sindicatos.

⁷⁰ Carvalho Filho (2002) ao apresentar os aspectos da evolução da administração pública no Brasil após 1930 enfatiza que os porta-vozes da proposta de reforma administrativa do Estado Novo justificaram sua imperativa aplicação por considerarem que a criação de órgãos públicos era insuficiente para atender às áreas de saúde, educação, e da nova questão social. Seus defensores argumentaram que com o aumento das funções governamentais emergem problemas administrativos, desta forma se fazia necessário: “reduzir os gastos crescentes da administração; aparelhar os órgãos administrativos à altura das funções exercidas; uniformizar o tratamento das atividades que seriam comuns aos órgãos, e aliviar a carga de responsabilidade do chefe do executivo, das atividades que requeriam técnica e especialização” (CARVALHO FILHO, 2002, p. 32).

do Serviço Público (DASP)⁷¹, representando a primeira iniciativa de gerência administrativa da força de trabalho inserida no setor, sendo adotadas algumas medidas que se traduziram numa reforma administrativa. Carvalho Filho (2002) demonstra alguns instrumentos normativos criados neste período que formalizaram esta proposta, entre eles: a criação do sistema de mérito na Constituição; a decretação da Lei nº 248, que instituiu as normas básicas da administração de pessoal, criando um sistema de classificação de cargos; e a decretação, em 1939, do primeiro Estatuto do Funcionário Público, que foi substituído em 1952 pela Lei nº 1 711.

Carvalho Filho (2002) descreve que ao DASP caberiam algumas funções, tais como: estudar a estrutura e o funcionamento dos órgãos públicos; estudar também as interrelações dos órgãos do governo e as suas relações com o público, com a precípua finalidade de, ao produzir mudanças, reduzir os custos e aumentar a eficiência; realizar uma proposta orçamentária e fiscalizar a execução do orçamento; promover seleção de candidatos para ingresso no serviço público; e empreender a readaptação e aperfeiçoamento dos trabalhadores. Acrescenta que o DASP instaurou

O processo de seleção para entrada no serviço público e a criação de controles para a manutenção do processo [...]. A seleção de pessoal por meio do concurso transformou-se no principal símbolo do movimento de reformas (CARVALHO FILHO, 2002, p.34).

O DASP também foi responsável pela instauração do Sistema do Mérito⁷² partindo da visão de que este asseguraria a igualdade de oportunidades, a eficiência

Carvalho Filho acrescenta que eles se fundamentaram num quadro de desorganização administrativa no qual incluíam “a falta de regras e procedimentos disciplinando a admissão de servidores, o reajuste de salários e a inexistência de um sistema de carreiras. Em tudo vigorava o interesse individual às expensas do direito coletivo. Os vencimentos se fixavam ao sabor de injunções momentâneas e quase sempre visando beneficiar servidores específicos. Era esquecida a natureza das funções, a hierarquização e o escalonamento de salários [...] Os servidores distribuíam-se pelas repartições, em geral, ocupando cargos isolados e sem acesso à carreira. Em relação à admissão de pessoal, era de uso corrente o ‘sistema do pistolão’” (BRIGGS, 1989 apud CARVALHO FILHO, 2002: 33)

⁷¹Um órgão diretamente subordinado à Presidência da República com a finalidade de auxiliá-la na orientação, coordenação e fiscalização do serviço público

⁷² Uma observação interessante de Carvalho Filho (2002, p.36) é que na vigência do Estado Novo o sistema de mérito, implantado pelo DASP, obteve algum sucesso mediante a observação de que as nomeações de caráter político foram reduzidas. Entretanto ele teve uma aplicação restrita ao ingresso em carreira, ficando a progressão funcional e o acesso a cargos de direção e de maior escalão, normalmente subordinados aos critérios de antiguidade, laços de amizade ou favorecimento. Este sistema de mérito passou a funcionar como instrumento da vontade política do executivo. No governo Vargas, como era seu compromisso, o DASP conseguiu reduzir as nomeações de caráter político, entretanto, nos demais governos, atendendo às pressões por emprego, nomeavam-se cargos sem a necessidade de exame público e de observância com a Lei.

dos trabalhadores, e a neutralidade administrativa, que se apresentavam como “pré-requisitos para a criação de um moderno sistema público de pessoal” (CARVALHO FILHO, 2002, p. 34).

Os argumentos demonstram o viés de racionalização do serviço público inserido neste modelo de gestão e isto foi reproduzido por estados e municípios adaptando-o às condições locais.

Carvalho Filho (2002, p.35) acrescenta que

Daí surgiram as primeiras iniciativas de reajustamento dos quadros e vencimentos do funcionalismo estadual; a formação de carreiras profissionais e a redução dos padrões de vencimentos; a decretação de Estatutos dos Funcionários Cíveis Estaduais, repetindo em linhas gerais o Estatuto Civil Federal; a criação dos Departamentos do Serviço Público (DSP) junto aos interventores federais.

Esta estrutura não se efetivou com sucesso ao nível dos estados e municípios e os “Daspinhos”, como foram apelidados, tiveram uma atuação restrita, não ultrapassando o mero registro de pessoal.

Apesar de corresponder a outro contexto, a conformação desta proposta recebe a atenção do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). O Plano avalia que o DASP foi o propulsor da implantação de uma administração pública burocrática. Segundo, ele, o DASP representou uma experiência de racionalização da administração pública que se traduziu na emergência de carreiras burocráticas, na instauração do princípio do mérito e no estabelecimento do concurso público como forma de ingresso no setor público. E expõe sua crítica,

[...] não se chegou a adotar consistentemente uma política de recursos humanos que respondesse às necessidades do Estado. O patrimonialismo (contra o qual a administração pública burocrática se instalara), embora em processo de transformação, mantinha ainda sua própria força no quadro político brasileiro. O coronelismo dava lugar ao clientelismo e ao fisiologismo (BRASIL, 1995, p. 19).

Em que pese a crítica, a tônica dos projetos de gestão da força de trabalho continuam a obedecer ao mesmo viés racionalizador de custos com o trabalho e a eficiência dos serviços.

Retomando nosso resgate histórico, a atuação do DASP na gestão da administração pública brasileira assume outros contornos a partir de 1945, quando

passa por uma reestruturação perdendo muitas de suas funções⁷³. Nos registros de Carvalho Filho (2002) evidencia-se que no período que compreende os anos 1940 e 1960 a gestão da força de trabalho no serviço público não apresentou rigorosidade nos preceitos do sistema de mérito, acompanhando uma expansão do emprego público por nomeações sem a observância do ingresso mediante concurso. A lógica de uma administração pública voltada para a racionalização burocrático-administrativa não representou a eliminação de traços de clientelismo e patrimonialismo do serviço público.

Como destaca o autor:

O comum foi a moderna burocracia, formada por técnicos e pessoal da administração nas atividades modernas, conviver com setores tradicionais do funcionalismo, afeitos ao patrimonialismo, e setores novos, que expressavam o clientelismo associado às políticas de massas, em especial nas áreas da previdência e assistência social (CARVALHO FILHO, 2002, p. 44).

Prevaleceram as práticas clientelistas de gestão de pessoal desconhecendo as reais necessidades da prestação dos serviços públicos e incorporando uma força de trabalho de forma indiscriminada. A inexistência de parâmetros de gestão administrativa que valorizassem o trabalho no serviço público e atendessem às demandas por serviços sociais, acabou por destruir as possibilidades de que sua força de trabalho estabelecesse vínculos de responsabilidade e compromisso com a prestação de serviços. Instaurou-se um vínculo do servidor com quem lhe forneceu o emprego, retribuindo com sua lealdade política e seu compromisso com os interesses diretos de quem lhe conseguiu a vaga. Como afirma Carvalho Filho (2002, p.58): “A tendência seria o empregado fazer do emprego público uma sinecura”.

Esta conduta desordenada de gestão da força de trabalho que se espraiou neste período, que associa expansão do emprego público, ingresso de força de trabalho sem concurso e ineficiência dos serviços acabou reforçando os argumentos de que a gestão de pessoal virou sinônimo de empreguismo⁷⁴ no serviço público.

⁷³ Como demonstra Carvalho Filho (2002, p. 43), a reestruturação do DASP após 1945 acarretou na sua perda de funções e prestígio. De superintendente da administração federal e responsável por elaborar o orçamento e organizar o planejamento econômico o DASP torna-se mero órgão consultivo, encarregado de estudos de orientação administrativa.

⁷⁴ A discussão do empreguismo que aparece no estudo de Carvalho Filho (2002) traz alguns esclarecimentos e aponta que as análises que afirmam o empreguismo no serviço público no país carecem de bases empíricas mais sólidas. O autor esclarece que: “Se no campo da administração

Em linhas gerais, até os anos 1980, prevalecem no setor privado os compromissos arregimentados na CLT e, no serviço público um misto de normas e procedimentos que não constituíram nenhuma ruptura com o padrão de gestão da força de trabalho adotado no pós 1930. Ao contrário, a não obrigatoriedade do concurso público permitiu a contratação de trabalhadores sem critérios transparentes. Todas as medidas implantadas no período supostamente requeriam um serviço público moderno, eficiente, profissional e centrado no atendimento das necessidades do cidadão. Entretanto, só a partir do final dos anos 1980 emergem os sinais de recondução de uma administração pública que supere a herança deixada pelo regime militar⁷⁵.

A Constituição Federal de 1988 representou um marco regulatório no que se refere à gestão da força de trabalho no serviço público. Ela estabelece critérios que permitiram conduzir o emprego no serviço público ao patamar de trabalho socialmente protegido, tanto no que se refere às relações de trabalho quanto à previdência social. Duas ações normativas foram fundamentais nesta recondução: a instituição do concurso público como única e exclusiva forma de ingresso no serviço público e garantia da estabilidade para cargos públicos admitidos por concurso e, que só poderia ser quebrada mediante processo administrativo e judicial. Esta estabilidade também foi assegurada ao pessoal não concursado, que já tivesse efetivo exercício no serviço público por mais de cinco anos. Com a regulamentação da Lei nº 8 112, de 1990, o governo instaura o Regime Jurídico Único, o Regime Estatutário, para todos os trabalhadores do serviço público, representando o fortalecimento da carreira e das atividades no setor público.

Aparecem os primeiros sinais de organização da estrutura administrativa do Estado colocando a força de trabalho inserida no setor como peça importante na administração pública. Isto fica expresso no capítulo VII da Constituição, dedicado à Administração Pública bem como, na Lei complementar do Regime Jurídico Único.

pública o termo empreguismo foi utilizado no país, no contexto das discussões sobre as dificuldades de implantação do sistema de mérito para a criação de um corpo de funcionários de elite, e de um sistema administrativo racionalizado, o tema do empreguismo, transposto para as discussões sobre o mercado de trabalho no setor público, contribuiu para a questão mal colocada de que o emprego público no Brasil é excessivo. Até onde se dispõe de informações, não consta, entretanto, que o emprego público seja maior, por exemplo, que nos países da OCDE, nem que o emprego público nas regiões mais pobres seja maior do que no Centro-Sul” (CARVALHO FILHO, 2002, p. 59).

⁷⁵ O legado administrativo deixado pelo regime militar é identificado pela expansão do aparelho do Estado que passa a congrega uma infinidade de empresas estatais, autarquias e fundações. Também institui com Decreto Lei 200/67, o regime celetista de trabalho para o serviço público, desta forma não havia obrigatoriedade de ingresso via concurso público (CARVALHO FILHO, 2002).

Estes marcos legais representaram mudanças significativas para a regulamentação das relações de trabalho no setor e para a consolidação de um mercado público de trabalho, das quais podemos destacar:

1) aos trabalhadores do serviço público também foram estendidos direitos dos trabalhadores em geral, regidos pela CLT, tais como: vencimento não inferior ao salário mínimo; 13º salário anual; licença gestante e paternidade; salário família; irredutibilidade salarial; repouso semanal remunerado; férias remuneradas com pelo menos um terço a mais do que o salário normal; proteção ao mercado de trabalho da mulher; adicional para atividades penosas, insalubres e perigosas; e isonomia de vencimentos para cargos e atribuições iguais ou assemelhados;

2) cria-se um regime próprio de aposentadoria com proteção para os imprevistos futuros e fortalecendo a estabilidade e o vínculo com o serviço público;

3) reconhece o direito de livre organização sindical e o direito de greve, devendo seus limites ser estabelecidos conforme lei complementar.

A Constituição de 1988 projetou um aparato institucional com efetivas possibilidades de valorização do trabalho no serviço público e de qualificação da prestação das ações públicas. O texto constitucional expressa a síntese da correlação de forças presentes no momento, é o resultado de confronto de interesses antagônicos, que possibilitou avanços na busca de uma ordem democrática que teve como parâmetro o Estado conduzindo as relações sociais e provendo a proteção social.

Do mesmo modo que a Constituição reorganiza a gestão da força de trabalho, também reordena a estrutura político-organizativa do Estado redefinindo as relações entre os entes federados. Estabelece um processo de descentralização definindo competências para cada esfera de governo no tocante à implementação e efetividade das políticas sociais. Esta descentralização terá efeitos diretos sobre a gestão da força de trabalho.

Este resgate histórico do legado trabalhista no serviço público, embora sumário, permite perceber que os avanços conquistados através da Constituição Federal de 1988 e suas Leis Complementares foram significativos, considerando as distorções e inadequações que tradicionalmente caracterizavam a estrutura administrativa do Estado. Não significou nem a superação, nem ruptura com a herança conservadora, patrimonialista e clientelista arraigada nas relações trabalhistas no serviço público. Entretanto, foi possível edificar um patamar de

direitos trabalhistas no serviço público federal, orientando também as outras esferas de governo, principalmente os municípios, no que se refere à gestão da força de trabalho e, acreditamos que possibilitou materializar um patamar de trabalho regulamentado e protegido para os trabalhadores do serviço público.

Em que pesem os efeitos dessa Constituição sobre as relações de trabalho no serviço público e sobre a dinâmica das políticas sociais, quando entraram em vigor as medidas do Plano Diretor, nos anos 1990, notabilizaram-se as restrições advindas das políticas de ajuste fiscal do Estado brasileiro.

3.3 A Reforma Gerencial dos anos 90: uma estratégia para desregulamentação do trabalho

A trajetória da proposta de reforma do Estado brasileiro, instituída nos anos 1990, assumiu a direção de formalizar uma nova organização e gestão da força de trabalho no serviço público. No sentido de dar visibilidade a este direcionamento um ponto de reflexão orienta as nossas argumentações a partir desse momento. Partimos do pressuposto de que a Reforma Gerencial proposta pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, teve como alvo central dos ajustes nos gastos públicos, introduzir novas formas de gerenciamento da sua força de trabalho. As novas condutas e formas de gestão do trabalho neste setor passaram a responder aos preceitos da flexibilização dos processos, das relações e da organização do trabalho.

A hipótese de trabalho que orientará nossas análises neste momento é a de que a atual recomposição da força de trabalho do serviço público responde a um processo de desconstrução da regulamentação do trabalho neste campo, determinada pelas investidas da proposta de reforma do Estado. Ao instaurar uma lógica mercantil e privatista no serviço público a agenda reformadora empreende uma produtividade a baixo custo, desvalorizando o trabalho humano e impondo à sua força de trabalho uma condição de precariedade e vulnerabilidade.

Nesta direção, pretende-se uma imersão crítica nas proposituras do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que revele os pressupostos que fundamentam a constituição de um “novo” Estado para o Brasil, as suas contradições e as estratégias de resistência à concretização deste projeto.

Decerto que isso requer uma interlocução teórica com uma profícua produção intelectual disponível na literatura brasileira sobre a “Reforma do Estado Brasileiro” empreendida pelo governo FHC, a partir de 1994. Concomitante à conformação e divulgação da proposta defendida pelo governo, também emergiu e se efetivou um debate no campo acadêmico que problematizou esta reforma, ora ratificando seus propósitos, ora rechaçando e contestando seus fundamentos.

Penso que não podemos atribuir à reflexão desta temática da “reforma” do Estado uma condição pretérita e superada, pois ela tem estado cada vez mais presente no nosso cotidiano. Seja pelos efeitos deletérios que se expressam nas ações das políticas sociais, ou pelo impacto na conformação de um outro aparato institucional. Este desregulamentou e desestruturou as relações de trabalho no Brasil atingindo os trabalhadores de uma forma geral, estando eles inseridos em qualquer atividade econômica, seja no âmbito público ou privado, bem como os que estão fora do mercado formal de trabalho.

Para estabelecer as aproximações teóricas necessárias às análises que serão incorporadas neste estudo, optamos por compartilhar os estudos de Behring (2003, 2001) e Nogueira (2005). Estes apresentam, a partir de uma perspectiva crítica, um tratamento rigoroso dos fundamentos ideológicos da suposta “reforma” do Estado, discutindo a processualidade do projeto da Reforma e as contradições emergentes na sua expansão. Outros argumentos foram recuperados das análises de Oliveira (2001; 1988), Soares (2001), entre outros autores, para elucidar as particularidades da reforma e as tendências e contra-tendências presentes no debate. Outras fontes são referidas, como os documentos e publicações que expressam as proposituras do projeto de reforma na voz de seus formuladores, a exemplo dos ensaios e artigos de Bresser Pereira (2002), bem como a íntegra dos documentos produzidos pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995).

Sob a égide de uma contra-reforma, como classifica Behring⁷⁶ (2003, p.23):

⁷⁶ É preciso reconhecer a inadequação e improbidade do uso recorrente do termo *reforma* que aparece nos propósitos do “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”. É fundamental não perder as referências ídeo-políticas do termo *reforma* e como bem lembra Behring, “[...] este é um termo que ganha sentido no debate do movimento operário socialista, melhor dizendo, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva a equidade. Portanto, o reformismo, ainda que se possa e deva criticá-lo, como o fez Rosa Luxemburgo, dentre outros, é um patrimônio da esquerda” (2003, p. 22). Outro argumento relevante é defendido por Nogueira ao referir que nesta

[...] o Estado ocupa uma posição mais distante do mediador civilizador vislumbrado pelos clássicos da política e de certa forma reeditado pela orientação keynesiana, datada e geopoliticamente situada, [...], passando a cuidar prioritariamente das condições gerais de reprodução do capital e dos excessos cometidos, no cenário de barbárie que se instaura com o comando do mercado livre [...].

Prevaleceu uma concepção reformadora que conduziu as ações do governo e contaminou a opinião pública na defesa de medidas de ajuste que possibilitassem ao país atender às exigências de competitividade internacional que requeriam um Estado eficiente e não perdulário. Como alerta Nogueira (2005, p.38), “em nome de acertar as contas com o legado da ‘era de Vargas’, pôs-se em curso um ciclo reformador voltado para a dimensão fiscal, financeira e patrimonial”.

O passaporte brasileiro para a implantação deste projeto reformador tem dois aspectos determinantes, que elegemos em virtude de seus desdobramentos impositivos no processo de desregulamentação do trabalho.

O primeiro aspecto diz respeito às condições econômicas e sociais favoráveis estabelecidas a partir da implantação do plano de estabilização econômica, o chamado Plano Real capitaneado por Fernando Henrique Cardoso, quando ainda era ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco (1994). Este Plano promoveu uma estabilização econômica que reverteu os índices inflacionários em consequência da adoção de uma nova moeda, condições suficientes e propícias para o palanque de FHC à presidência da república.

As análises de Behring (2003) sobre o papel do Plano Real na recomposição burguesa no Brasil⁷⁷ articula as ações empreendidas para a implantação deste plano às requisições da economia internacional. Desta forma, nos permitiu estabelecer as correlações necessárias à elucidação dos contornos assumidos pelo processo de desregulamentação do trabalho na realidade brasileira.

Ela argumenta que o Plano Real integra uma família de planos de estabilização recomendados pelo Consenso de Washington e patrocinados pelos

agenda reformadora deste período não se edificou um sistema político efetivamente democrático, nem houve modificação substantiva dos hábitos democráticos, e acrescenta: “A democracia permaneceu mais formal que substantiva, cortada pela ineficiência, carente de vínculos sociais e de instituições socialmente sedimentadas. Configurado pelo reformismo predominante, o sistema político evoluiu como uma democracia sem sociedade e sem Estado: não teve como dar origem a nenhum dinamismo superior com o qual pudessem ser alteradas as estruturas de poder, as práticas políticas e as escolhas governamentais” (NOGUEIRA, 2005, p. 39).

⁷⁷ Para essas análises ela recupera os argumentos de Fiori (1997 apud BEHRING, 2003) e Benjamin (1998).

organismos internacionais. Essas instituições possibilitaram uma renegociação de velhas dívidas viabilizando novos empréstimos, mas exigindo em contrapartida a desregulamentação profunda dos mercados locais, para livre circulação dos fluxos financeiros de curto prazo (BEHRING, 2003). E acrescenta,

O Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial (FIORI, 1997 apud BEHRING, 2003, p. 156).

Este plano passa a representar um ancoradouro de esperanças de estabilidade monetária para o país, o que legitimou as bases de sua proposta e, por outro lado serviu para rearticulação das forças do capital no Brasil, pela adesão de grupos políticos de centro-direita aos imperativos do capital mundializado. Neste rumo, as condições internas foram favoráveis às reformas preconizadas pelas agências multilaterais frente a um contexto de incansáveis índices de superinflação, à derrocada das iniciativas de estabilização anteriores e à exaustão em relação à instabilidade política (BEHRING, 2003).

Em que pesem as estratégias utilizadas, o Plano Real colocou a inflação sob controle, entretanto sua centralidade na sobrevalorização da moeda e na política de juros altos para garantir a permanência do capital estrangeiro, acabou provocando uma forte queda nos investimentos. Numa combinação perfeita de reestruturação produtiva perversa e políticas macroeconômicas que inibem o dinamismo da economia, teve como resultado o desemprego estrutural expresso por uma brutal redução do emprego formal, através da destruição de postos de trabalho (FIORI, 1997 apud BEHRING, 2003). Registrou-se um aumento da produtividade, mas às custas de um mercado de trabalho enxuto, reduzido e, como diz Behring (2003), uma produtividade conquistada com os sobreviventes do desemprego. Esta perda de postos de trabalho⁷⁸ registrada neste período não foi incorporada pelo setor de serviços, nem muito menos pelo setor público, o que significou que milhões de trabalhadores caíram na informalidade⁷⁹.

⁷⁸ Segundo Pochman (2002) na década de 1990 os serviços passaram a absorver mais postos de trabalho, sem compensar, entretanto, a destruição dos empregos tanto na indústria quanto no campo. Os períodos que corresponde a implantação do Plano Real até agosto de 1998, foram extintos 764, 1 mil postos de trabalho formal, em que pese todo o crescimento da economia.

⁷⁹ Estes fatos demonstram que a política macroeconômica posta em execução teve um peso fundamental na geração do desemprego no Brasil. Ao transferir investimentos do setor produtivo para

Sintonizado com esta conjugação de fatores, o projeto de reforma do Estado empreendido pelo governo, também foi fomentador de desemprego: ao formalizar uma legislação trabalhista que corroborou com as estratégias de flexibilização das relações de trabalho, tanto no setor privado quanto no público; pelo incentivo aos programas de demissão voluntária; pelas investidas de privatização das estatais, e pela criação de organizações sociais e de agências reguladoras. Houve uma ação deliberada para estabelecer relações trabalhistas pautadas pela ausência de estabilidade que, como veremos, foi fundante para a desregulamentação do trabalho neste período.

Ao assumir a defesa do setor privado em detrimento do público, o governo formalizou um projeto de reforma do Estado que aglutinou os interesses do grande capital mundializado, das agências multilaterais e da burguesia nacional sedenta pelo usufruto de uma riqueza concentrada e desigualmente distribuída.

As consequências deste modelo de política econômica rebateram fortemente na esfera do trabalho, não só porque expandiu o desemprego e acentuou o pauperismo, mas também por ter conduzido um ajuste, melhor dizendo, um desajuste nas relações de trabalho pela adesão de estratégias de flexibilização dos direitos sociais e do trabalho.

O segundo aspecto que indicamos ter desdobramentos significativos na desregulamentação do trabalho neste período diz respeito ao potencial de adesão popular às propostas reformadoras que teve como esteio a nossa herança cultural e política, acabando por referendar as concepções conservadoras e reacionárias imbuídas no projeto de reforma do Estado.

Na análise de Nogueira (2005), a década de 1990 não representou a edificação de um sistema político efetivamente democrático, nem houve modificações substantivas dos hábitos democráticos, mas:

Os ritos, rotinas e procedimentos da democracia prevaleceram e se estabilizaram, possibilitando a vigência de um amplo regime de liberdades e

fomentar a especulação financeira produziu uma queda de investimento das empresas nacionais e provocou sua inviabilidade financeira, tanto pela impossibilidade destas pagarem os empréstimos contraídos, como por não terem condições de competitividade com os grandes grupos multinacionais. Um outro dado relevante é que “a política abrupta de abertura comercial acirrou a competitividade e pressionou a indústria nacional para a *modernização*, direcionando-a para o mercado externo” (BEHRING, 2003, p.161). Nesta conjuntura também se introduziram inovações tecnológicas poupadoras de força de trabalho e acentuaram-se as condições de precarização do trabalho.

de direitos, tanto no plano partidário e sindical quanto em termos de opinião (NOGUEIRA, 2005, p. 39).

Estes aspectos ressaltados por Nogueira (2005) correspondem à superação de uma cultura autoritária e repressiva - herdada pelo regime autocrático burguês - que foi construída e conquistada pelas organizações sociais e políticas no processo de redemocratização do país. Um incontestável avanço que se edificou através dos mecanismos de controle social e participação política nos sindicatos, partidos políticos e organizações comunitárias. Nogueira (2005) enfatiza que nesse movimento floresceu uma cultura democrático-participacionista no interior do serviço público, auxiliando numa tomada de consciência da relevância de seu protagonismo social. Entretanto, ele enfatiza que também nos anos noventa,

A democracia permaneceu mais formal que substantiva cortada pela ineficiência, carente de vínculos sociais e de instituições socialmente sedimentadas. Configurado pelo reformismo predominante, o sistema político evoluiu como uma democracia sem sociedade e sem Estado: não teve como dar origem a nenhum dinamismo superior com o qual pudessem ser alteradas as estruturas de poder, as práticas políticas e as escolhas governamentais (NOGUEIRA, 2005, p. 39).

Constituiu-se uma direção participativa que poderia ter assumido uma dimensão positiva se não estivesse submetida ao invólucro da proposta reformista. O que ocorreu foi um retrocesso, uma fragmentação na discussão do papel do Estado, despolitizando a participação social e restringindo o Estado a uma representação restrita como aparelho institucional técnico e burocrático. Isto se efetiva a partir do momento em que a proposta de “reforma” enfatiza os ajustes nos modelos de gestão estatal e nas modificações do aparato administrativo do Estado, desvirtuando a discussão da dimensão política do Estado.

O referido autor lembra que isso procede,

Tanto é que, hoje, quando se fala em ‘reforma do Estado’, pensa-se imediatamente em reforma de gestão e do aparato administrativo, focando-se muito mais a dimensão instrumental do Estado do que sua dimensão ético-política. A própria idéia de Estado perdeu clareza e dignidade (NOGUEIRA, 2005, p. 39).

Estabeleceu-se uma idéia de modernização administrativa do Estado associando a “reforma” a um conjunto de ações e procedimentos direcionados a converter o Estado num aparato inócuo, inofensivo para o mercado, mas também

distanciado de suas funções e atribuições históricas de regulação, planejamento, proteção e justiça social (NOGUEIRA, 2000, p.10)⁸⁰.

Retomando alguns argumentos apresentados quando indicamos os parâmetros ídeo-políticos e culturais do neoliberalismo, podemos perceber que se instalou um processo de convencimento, de aliciamento dos fundamentos ideológicos que se evidenciaram pela desvalorização do papel do Estado explorando questões como sua ineficiência e incompetência em gerenciar seus gastos e investimentos. Publicizou-se o Estado como uma estrutura que serve apenas como cabide de emprego para trabalhadores ineficientes, incapacitados e que ostentam altos salários e também, exaltando o Estado como um agente desnecessário e perdulário. Efetivou-se um discurso em que o Estado assumiu uma centralidade negativa, em que a ele foi atribuída a responsabilidade pelas mazelas do atraso econômico e social.

De fato, há um discurso oculto na reforma que despolitiza a discussão do papel do Estado, por outro lado também houve uma ausência de contra propostas consistentes capazes de indicar e formular alternativas possíveis de problematizar tanto a direção da “reforma” imposta, quanto o papel do Estado. Nogueira (2005) faz um alerta frente aos confrontos oposicionistas à “reforma” que requeriam estratégias mais exequíveis que superassem o patamar da crítica, direcionando e formulando de fato uma contraposição.

Ele lembra que se,

Não se pensa o Estado: não se diz o que se deve fazer com ele, se ele tem ou não algum valor, se poderá ou não desempenhar um papel positivo na reconstrução social [...] Em decorrência crescem as proposições que se põem 'longe' do Estado, de costas para qualquer tipo de vínculo superior, institucionalidade política ou contratação social [...] Perdem-se, com isto, as duas dimensões mais evidentes do fenômeno estatal: a do Estado como aparato de governo e a do Estado como ambiente para a construção da convivência democrática (NOGUEIRA, 2000, p.10).

Neste rumo, a proposta de reforma do Estado encontrou uma ressonância positiva na sociedade que acabou incorporando as sutilezas ideológicas embutidas nas diretrizes do Plano Diretor levado à cabo pelo governo FHC no período de 1995-

⁸⁰ Esta “reforma” disseminou uma concepção de desobrigatoriedade do Estado com as demandas econômicas, sociais e políticas que deveriam ser assumidas pela iniciativa privada, em parceria com as organizações da sociedade. Esta concepção passa a ser incorporada pelo senso comum como necessária e única alternativa para superar as mazelas da desigualdade e injustiça social

1998, produzindo efeitos desastrosos nesta consumação de *privatização interna* do Estado brasileiro. As conseqüências foram o crescente desemprego, o aumento da demanda por serviços sociais, a desregulamentação do trabalho no serviço público, tudo em nome da moralização e otimização do aparato estatal.

Este viés cultural que se fortaleceu nesse contexto apresenta, a nosso ver, dois desdobramentos significativos: um, é o fato de que ao se fortalecer a crença na inoperância do Estado, também cresceram as expectativas de que outros agentes pudessem atuar eficientemente. Isto acabou gerando expectativas positivas que foram frustradas em bem curto prazo. Outro fato é que, a incorporação crescente desta concepção reformadora, impregnada por um individualismo competitivo, enfraqueceu os frágeis laços de identidade dos grupos sociais afetados, principalmente pelo desemprego, e se estabeleceram os condutos de destruição da capacidade de luta e de organização das classes trabalhadoras. Como apontamos anteriormente, a maior letalidade da incorporação do arsenal ideocultural do neoliberalismo no Brasil, que também se corporifica na proposta de reforma do Estado, foi sua capacidade invasiva de desconstruir a esperança e fragilizar o potencial de luta das organizações sindicais e sociais.

É possível localizar a “reforma” do Estado brasileiro neste movimento de difusão do ideário neoliberal. Guardadas as devidas proporções, esta proposta reformista contribuiu para absorver e suprimir as tendências contestadoras que poderiam explicitar os antagonismos presentes em sua propositura e fortalecer os espaços de contestação. O tempo foi seu próprio algoz, as conseqüências negativas desta proposta não tardaram a dominar o cenário político e sócio-econômico do país.

3.3.1 O discurso da desregulamentação do trabalho expresso na Reforma Gerencial de FHC

Apresentados os aspectos que atribuímos como o passaporte brasileiro para a implantação do projeto reformador passamos a delinear as linhas gerais da contra-reforma proposta para o Estado brasileiro nos anos de 1990 e o que efetivamente se consolidou no escopo da desregulamentação do trabalho.

O fio condutor que privilegiaremos para desenvolver as nossas argumentações respeita uma interlocução que confronta o discurso oficial da “reforma”, proferido pelos formuladores e gestores do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e, as proposições analíticas que permitem uma incursão crítica desse processo balizada em análises e estudos que revelam as expressões contraditórias desse modelo de *contra-reforma* do Estado.

É significativo apresentar, um pouco mais, a lógica que direcionou as formulações desta proposta sob a mira de seus formuladores. Behring (2003) explicita de forma exemplar os argumentos de Bresser Pereira (1996)⁸¹ que fundamentaram o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apresentando os preceitos sobre os quais ele se baseou para suas formulações. Ela destaca que Bresser Pereira parte de uma avaliação de que o Brasil e a América Latina foram atingidos por uma forte crise fiscal nos anos de 1980, exponenciada pela crise da dívida externa e pelas práticas populistas. A crise a que ele se refere definiu-se como uma crise fiscal, “como uma crise do modo de intervenção do Estado, e como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado era administrado” (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 40). A forma de enfrentar esta realidade seria a adoção de uma rigorosa disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. Ainda seguindo a avaliação de Behring, Bresser Pereira percebe na intervenção estatal um caráter cíclico e mutável que acompanharia uma lógica de, após o Estado mínimo, o Estado social-burocrático, e o *revival* (palavras da autora) neoliberal chegar-se-ia a uma experiência social-liberal, pragmática e social-democrática (BEHRING, 2003, p. 172).

Ela complementa,

Este modelo, segundo Bresser, não pretende atingir o Estado mínimo, mas reconstruir um Estado que mantém suas responsabilidades na área social, acreditando no mercado, do qual contrata a realização de serviços, inclusive na própria área social (BRESSER PEREIRA, 1996 apud BEHRING, 2003, p.172).

Existe, nos argumentos que Bresser Pereira apresenta um esforço em distinguir a sua proposta social-liberal de propostas vinculadas aos preceitos neoliberais, fazendo inclusive um discurso reafirmando uma necessária crítica ao Estado neoliberal.

⁸¹Luis Carlos Bresser Pereira foi o coordenador do Plano Diretor da Reforma do Estado, foi o grande articulador e defensor da reforma que atingiu as áreas sociais, mas que no setor saúde teve uma relevância, merecendo a formulação de uma proposta que está detalhada no documento “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” – Caderno do MARE da Reforma do Estado nº 13. Este documento será detalhado ainda neste capítulo.

Seguindo a defesa contumaz desta proposta de “reforma”, ele indica o perfil do Estado que irá gerenciá-la. Para ele, ao Estado cabe um papel coordenador suplementar. Se a crise está assentada na insolvência fiscal do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, o que se requisita é reformar o Estado. Suas pretensões eram recuperar a governabilidade, entendida como legitimidade, e a *governance*, como a capacidade financeira e administrativa de governar. Nesta direção, a reforma garantiria as taxas de poupança e investimento adequadas e uma eficiente alocação de recursos e distribuição de renda mais justa (BEHRING, 2003).

Esta reforma gerencial era imprescindível:

[...] a curto prazo, para reduzir os custos do Estado e completar o ajuste fiscal, e a médio prazo, para tornar o Estado mais eficiente, mais efetivo, melhor capacitado para defender o patrimônio público, mais capaz de atender às demandas dos cidadãos a um custo compatível com as restrições econômicas impostas pelo dramático aumento da competição internacional envolvido no processo de globalização (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 45).

Como mentor intelectual da proposta da reforma, Bresser Pereira reafirmou a necessidade de uma administração pública eficiente, particularmente necessária nas áreas sociais. Segundo ele, os serviços de saúde, educação e previdência básica, “essenciais para a garantia dos direitos sociais, só poderão ter uma qualidade melhor, com o mesmo custo, se forem prestados nos termos da administração pública gerencial, moderna e eficiente [...]” (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 45). Com esta referência, o lugar da política social é deslocado, estando os serviços de saúde e educação, entre outros, contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas.

Nesta lógica ele antevê um Estado compatível com as requisições do século XXI,

[...] um Estado social-liberal: social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus serviços sociais e científicos principalmente por intermédio de organizações públicas competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação dos recursos humanos e de suas empresas para inovação e a competição internacional (BRESSER PEREIRA, 2002, p.40).

Este paradigma social-liberal defendido por Bresser Pereira preconizava um Estado pequeno e forte que assumisse como atribuições a garantia da propriedade e dos contratos, a promoção do bem-estar e dos direitos sociais e efetivação de uma política industrial e de promoção das exportações. Como resultado de uma estratégia pragmática, este Estado deveria reconhecer: a importância da crise fiscal; a necessidade de reformas orientadas para o mercado e da manutenção da disciplina fiscal; a necessidade da redução das dívidas interna e externa; e a hegemonia dos EUA na América Latina, o que requereria uma atitude mais autônoma e de defesa dos interesses nacionais. Este último aspecto referido na proposta contradiz o que recomenda o Consenso de Washington com o qual o autor teria uma reconhecida identidade, destoando e, por vezes, contradizendo o que foi enfaticamente defendido na proposta.

Finalizando os argumentos relacionados com a lógica que direcionou a reforma gerencial incluímos mais outro elemento. Behring (2003) enfatiza que este raciocínio social-liberal incorpora uma noção de que aos ciclos longos da economia correspondem ciclos do Estado. Desta forma, subentende-se que o Estado se expande ou se contrai em sintonia com o ciclo econômico, ou seja, sua expansão ou retração ocorrem a partir de sua funcionalidade no ciclo⁸². As exigências colocadas vão na direção de um Estado que nem seja liberal, nem intervencionista, uma espécie de Estado intermediário, advogado pelo seu propositor como um Estado social-liberal⁸³.

Seguindo este rumo, a lógica da “reforma” faz um casamento perfeito com as requisições do ideário neoliberal, embora os propositores tenham negado essa relação; mas todos os seus preceitos foram incorporados pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado implantado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado, a partir de 1995.

Podemos identificar com base numa análise preliminar que a condução deste Plano esteve centrada nas estratégias de: racionalização dos custos;

⁸² Segundo Behring (2003, p. 175) esta assertiva não apresenta nenhuma originalidade, pois “os ciclos econômicos balizam o caráter da intervenção do Estado. Porém esse não é um processo natural. Ele é repleto de escolhas político-econômicas, de conflitos e de sujeitos políticos”.

⁸³ Bresser Pereira reconheceu, à época, que a alta concentração de renda era um impedimento para o crescimento econômico por fomentar um forte conflito distributivo e reduzir a legitimidade dos governos. “O ajuste na direção apontada se justifica, [...], em nome do enfrentamento do conflito distributivo, sem incorrer no populismo econômico, buscando um Estado mais eficiente na área social” (BEHRING, 2003, p. 176).

descentralização administrativa; flexibilização das relações de trabalho, especificamente no serviço público; privatização das empresas estatais e na publicização por intermédio da parceria público-privado. Teve sua direção fundada no incremento do desempenho estatal mediante a adoção de formas inovadoras de gestão e de iniciativas que superassem um “modelo burocrático”, descentralizando a administração, flexibilizando normas, estruturas e procedimentos. Seu empenho foi em reduzir o tamanho do Estado empreendendo uma lógica racionalizadora.

O documento focalizou sua atenção numa “nova” administração pública federal e assumiu como inadiáveis: um ajustamento fiscal duradouro; reformas econômicas direcionadas para o mercado, que associadas a uma política industrial e tecnológica, assegurassem a concorrência interna e criassem condições para o enfrentamento da competição internacional; uma reforma da previdência social; inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e melhor qualidade para os serviços sociais; e a reforma do aparelho do Estado, objetivando aumentar sua “governança”. Como diz o texto, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p.11). É explícito o intento de superar uma administração pública burocrática, rígida e ineficiente, introduzindo uma administração pública gerencial, flexível e eficiente⁸⁴.

O paradigma gerencial que orienta o plano é fundamentado nos princípios da confiança e da descentralização das decisões, exigindo formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, descentralização de funções e incentivos à criatividade (BRASIL, 1995, p. 17). Ao produzir mudanças nas estruturas organizacionais e pela adoção de valores e comportamentos modernos no interior do Estado, este apresentaria como resultado o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais prestados pelo setor público. O texto enfatiza que “a reforma do aparelho do Estado no Brasil significará fundamentalmente, a introdução na administração pública da cultura e das técnicas gerenciais modernas” (BRASIL, 1995, p.18).

⁸⁴ O documento dedica significativo espaço para defender o modelo de administração pública gerencial o qual diz adotar e apresenta como argumentos: “Na administração pública gerencial a estratégia volta-se (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados a disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados. [...] No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Em suma, afirma-se que a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)” (BRASIL, 1995, p. 16).

Neste sentido, o Plano explicita que a reforma do Estado compreende uma redefinição do papel do Estado que deixa de responsabilizar-se diretamente pelo desenvolvimento econômico e social através da produção de bens e serviços, “para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento”.

Este Plano revela uma proposta de governo que atribui ao Estado o seguinte estatuto:

O Estado reduz seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano; para a democracia, na medida em que promovem cidadãos; e para a distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão-de-obra não especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade (BRASIL, 1995, p.13).

Isto demonstra que esta “reforma” intencionava uma redefinição do papel do Estado e isto pressupõe modificações significativas e como lembra Behring (2003), este Plano foi a base para um conjunto de reformas constitucionais que os seus propositores atribuíram a um “novo modelo de justiça social”.

Foi apresentado pelo Plano um diagnóstico que indicava a necessária superação das formas tradicionais da administração pública deixando explícito que a força de trabalho inserida neste campo representa o grande foco das reformas.

O texto é claro em atribuir à Constituição de 1988 a responsabilidade de originar um “retrocesso burocrático na administração pública,” considerando que ela “promoveu um surpreendente engessamento do aparelho estatal” (BRASIL, 1995, p. 14) fortalecido pela institucionalização do Regime Jurídico Único para os servidores das três esferas de governo. O Plano avalia que este retrocesso burocrático deveu-se à adoção de regras burocráticas rígidas que retiraram do Estado sua flexibilidade operacional. Como resultado houve um encarecimento do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere aos gastos com pessoal como também com bens e serviços e um significativo aumento da ineficiência dos serviços públicos.

Behring (2003) destaca que o Plano atribuiu à Constituição o estabelecimento de privilégios para os trabalhadores do serviço público, um desprestígio da administração pública e um aumento dos custos da máquina pública.

O Plano buscou provar insistentemente que a “Constituição tirou a capacidade operacional do governo e aumentou seu custo” (BEHRING, 2003, p.180).

Este diagnóstico da administração pública estava direcionado para apreender aspectos relacionados diretamente com a força de trabalho, indicando as condições do mercado de trabalho e a política de recursos humanos a partir de três dimensões: a institucional-legal, a cultural e a gerencial. Vamos aqui explicitar apenas as duas primeiras, por estas estabelecerem uma relação direta com nossas análises.

Na dimensão institucional-legal foram destacados os aspectos relacionados à rigidez empreendida pelo Direito Administrativo Brasileiro e pela Constituição de 1988. Estes privilegiavam um modelo burocrático tradicional e formalista que conduziu a uma descentralização, avaliada como lenta em virtude de uma cultura política pela qual cabe à União promover o bem-estar social. Esta rigidez também foi atribuída à legislação trabalhista que regula as relações de trabalho no setor público, acusada de protecionista e inibidora do “espírito empreendedor” dos trabalhadores inseridos no setor, com destaque para a aplicação indiscriminada do estatuto da estabilidade do vínculo e o concurso público. O documento enfatiza que “a rigidez da estabilidade assegurada aos servidores públicos civis impede a adequação dos quadros de funcionários às reais necessidades do serviço, e dificulta a cobrança de trabalho” (BRASIL, 1995, p. 26). A ausência de uma política de recursos humanos que definisse incentivos profissionais, capacitação profissional e remuneração condizente com a função foi apontada também como fomentadora de gastos excessivos com a força de trabalho no setor.

Neste aspecto, o diagnóstico deu os argumentos para justificar as propostas de flexibilização das relações de trabalho implantadas no setor público através das mudanças na legislação infraconstitucional.

Quanto à dimensão cultural, o diagnóstico enfatiza que é necessário enfrentar uma cultura de desconfiança nos administradores públicos aos quais se delega a autoridade de decidir sobre os recursos humanos, materiais e financeiros em sua gestão. Mais uma vez, reitera-se a rigidez da estabilidade e dos concursos públicos que, somadas ao formalismo do sistema de licitações e ao detalhismo do orçamento, constituem obstáculos efetivos para uma administração pública eficiente.

O Plano deixa claro que

A boa administração é aquela que define objetivos com clareza, recruta os melhores elementos através de concursos e processos seletivos públicos, treina permanentemente os funcionários, desenvolve sistemas de motivação não apenas de caráter material mas também de caráter psicossocial, dá autonomia aos executores e, afinal cobra os resultados. Nada disto existe na administração pública federal (BRASIL, 1995, p. 27).

Numa síntese preliminar deste diagnóstico é possível identificar a sua acentuada tendência de dar resolutividade aos problemas apresentados pela administração pública através de inovadoras formas de gerenciar sua força de trabalho, com flexibilidade, eficiência, motivação e produtividade.

Apenas para ilustrar este nosso argumento, são passíveis de uma observação mais atenta os dados apresentados para demonstrar o aumento dos gastos com custeio da máquina que enfocam exclusivamente os gastos relacionados com a folha de salários dos trabalhadores ativos e inativos⁸⁵. Embora reconheçam que os gastos com pessoal foram reduzidos na administração federal em virtude dos ajustes fiscais e pela suspensão dos concursos públicos, é bastante taxativo em afirmar que os gastos com pessoal têm relação direta com a crise fiscal do Estado. Admite, em tese, que não há excessos no quadro de pessoal na União, o que existem são “áreas que concentram um número desnecessário de funcionários e outras que apresentam déficit, como no caso das atividades finais nos setores de saúde e educação” (BRASIL, 1995, p.23).

Os argumentos apresentados no documento indicavam que a força de trabalho inserida no serviço público assumiu uma centralidade nesta “reforma” por concentrar o epicentro das “deformações” da administração pública. As garantias constitucionais atribuídas aos trabalhadores do serviço público foram indicadas como impedimentos de uma maior mobilidade e adequação destes às necessidades dos serviços.

Alguns aspectos, como vimos, foram indicados como determinantes desta ineficiência como a estabilidade do vínculo, a obrigatoriedade de ingresso via concurso público e a falta de profissionalização. Foi atribuída aos trabalhadores também uma forte “desmotivação profissional” que associada à estabilidade do

⁸⁵ O plano apresenta que: “Embora tenha havido uma substancial diminuição do número de servidores civis ativos do Poder Executivo da União, que caiu de 713 mil em 1989 para 580 mil em 1995 [...], a participação da folha de pagamentos da União no PIB não se reduziu; na verdade, aumentou, passando de 2,89% entre 1980-1987 para 3,17% do PIB na média do período 1988-1994 [...]. O crescimento foi ainda muito mais acentuado nos estados e nos municípios, que passaram a receber uma parcela maior da arrecadação tributária” (BRASIL, 1995, p. 22).

vínculo funcionariam como uma motivação negativa contribuindo para a ineficiência dos serviços em virtude desses trabalhadores não serem ameaçados de demissão, nem cobrados pelo desempenho eficaz. Estes aspectos são significativos em nossas análises posteriores, pois eles rebatem no cotidiano da força de trabalho no campo da saúde de forma bastante particular, como veremos.

Outro elemento que integra as linhas gerais desta proposta de administração gerencial é o sentido, é a forma de reconhecer no cidadão um cliente dos serviços prestados pelo Estado. O Plano é enfático em afirmar, “a administração gerencial vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços” e, complementa,

os resultados da ação do Estado são considerados bons não porque os processos administrativos estão sob controle e são seguros [...], mas porque as necessidades do cidadão-cliente estão sendo atendidas (BRASIL, 1995, p. 17).

Bresser Pereira (2002) faz questão de afirmar que a idéia de que o cidadão deve ser visto como cidadão-cliente é central na Reforma Gerencial. Ele parte da compreensão de que “o verdadeiro cidadão é sem dúvida aquele que tem direitos efetivos, inclusive o de ser tratado com respeito pelos prestadores de serviços do Estado” (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 119). Isto expressa uma defesa categórica de um cidadão-cliente, que se potencializa num cidadão-consumidor dos serviços sociais prestados pelo Estado bem como, dos bens oferecidos pelo mercado.

Para concluirmos a idéia central desse Plano de Reforma Gerencial apresentamos um outro eixo, também significativo, que foi a criação de novas instituições, definindo novas práticas na administração pública, propondo um modelo gerencial que desse conta das exigências de efetividade e eficiência. Dentro desta lógica sua principal inovação foi a criação de uma esfera pública não estatal que embora exercendo funções públicas, obedecesse às leis do mercado.

Este foi o caminho para concretizar uma proposta subjacente de “necessária” redução das áreas de inserção do Estado como gestor de políticas públicas, seja através da privatização ou da criação de organizações públicas não-estatais que, segundo Bresser Pereira (1996, p. 2), “são organizações voltadas para o interesse público, que não visam o lucro nem agem exclusivamente segundo os

critérios do mercado”. E ainda acrescenta que, estas organizações são “especialmente necessárias nas áreas de educação, da saúde, da cultura, das obras sociais e da proteção ao meio ambiente” (BRESSER PEREIRA, 1996, p.2). Como grande articulador desta reforma, Bresser Pereira fez sua defesa e implantou novas diretrizes para a esfera administrativa do Estado atendendo desta forma aos interesses das agências financiadoras internacionais.

O Plano também detalha uma estratégia de atuação do Estado através de um fracionamento de suas ações distribuídas em quatro setores: um *núcleo estratégico*, que compreenderia os poderes legislativo e judiciário, a Presidência da República e a cúpula dos Ministérios; o setor de *atividades exclusivas do Estado* em que se incluíram as ações para fiscalizar, regular, policiar, fomentar e definir políticas⁸⁶; os *serviços não exclusivos*, que integrariam o setor em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, que não devem ser de exclusiva competência do Estado nem privatizadas, desta forma criam-se as Organizações Públicas Não-estatais ou Organizações Sociais. O Estado estaria presente, segundo a proposta, porque esses serviços envolvem direitos humanos fundamentais como educação e saúde. Neste setor “pouco estratégico” estavam os denominados serviços sociais e científicos como, educação, saúde, ciência e tecnologia, mas especificamente, as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus; e por último o *setor de produção de bens e serviços*, que se relacionava a ações caracterizadas pelas atividades econômicas voltadas para o lucro, a área de atuação das empresas, mas que ainda permaneciam sob a tutela do Estado, podendo, portanto ser privatizadas (BRASIL, 1995).

Como refere o documento

Cada um destes quatro setores referidos apresenta características peculiares, tanto no que se refere às suas prioridades, quanto aos princípios administrativos adotados. [...] O que importa é atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um baixo custo (BRASIL, 1995, p. 42).

⁸⁶ Nas atividades exclusivas do Estado estão definidas: a cobrança e fiscalização de impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento das normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaporte, entre outros (BRASIL, 1995, p 41).

Esta distribuição estratégica “inovou” a administração pública atendendo aos preceitos de redefinição do papel do Estado que passou a transferir para o setor privado as atividades que poderiam ser controladas pelo mercado, no caso das empresas estatais. Formalizou-se uma descentralização que transferiu para o setor público não estatal os serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados por ele, como educação e saúde. Foi um processo, caracterizado pelo Plano como *publicização*, que rebateu de forma negativa no campo das políticas sociais e do trabalho (BEHRING, 2003).

Isso expressa uma clara adesão aos preceitos da competitividade entre os prestadores de serviços sobre os quais o Estado não tem exclusividade. Neste sentido, o Estado manteve-se como regulador e provedor, mas reduzindo sua prestação de serviços⁸⁷.

O Estado, ao reduzir sua ação direta também restringe a necessidade de incorporação de mais força de trabalho. Ao articularmos este refluxo na prestação de serviços com as requisições de eficiência e produtividade, passamos a descortinar a reiterada necessidade de uma força de trabalho no serviço público, eficiente, motivada, produtiva, a qual, pautada em relações de trabalho mais flexíveis, corresponderia ao mesmo padrão do setor privado que se pretendia implantar no serviço público. Um padrão de relações de trabalho que moldado nos preceitos da flexibilidade permitiria dispensar, contratar, transferir, enfim, adequar a força de trabalho às necessidades dos serviços, ou no caso, do mercado.

Considerando as análises críticas de Nogueira (2005), este Plano efetivou um processo mais “destrutivo” que “construtivo”, pois promoveu a desconstrução do Estado realmente existente, através de seus mecanismos de privatização, descentralização, cortes e redução de pessoal. Instaurou-se

[...] um processo que desorganizou o aparelho estatal e diminuiu a força e a organicidade dos sistemas de desenvolvimento. Ficou-se sem um projeto consistente de desenvolvimento [...] (NOGUEIRA, 2005, p.42).

Em sua perspectiva de combinar cortes e incentivos, ajuste fiscal e inovação institucional, desconstrução de paradigmas e reconfiguração de papéis, o

⁸⁷ A estrutura proposta para a administração pública fragmenta a ação do Estado, reduz seu tamanho e espaço de atuação e institui realidades duais quando propõe duas categorias de trabalhadores, os imprescindíveis e os dispensáveis; duas categorias de serviços, os exclusivos e os delegáveis a outrem; e o espaço público e o espaço privado não-estatal. (SANTOS, 2005, p. 43).

Plano de reforma gerencial consolidou um ecletismo na operacionalização de suas “reformas”. Basta destacar a incongruência entre o seu discurso e a política econômica, assinalada por Behring (2003). Ela analisa que para atender às novas requisições pelos mecanismos de ajuste, na correção de distorções e corte de gastos se instituiu uma política econômica que detonou os meios de financiamento do Estado brasileiro por meio de sua inserção na ordem internacional, exposto às especulações do mercado financeiro. Como ressalta Behring (2003), isto demonstra que todo o esforço de reduzir as mazelas preconizadas pela proposta “inovadora” escoa pelo ralo com o crescimento galopante das dívidas interna e externa.

A direção assumida pela *contra-reforma* do Estado caracterizou-se muito mais por empreender um movimento de ajuste do que de reconstruir o país. Ao adotar como eixo a eficiência e a produtividade, com baixo custo, restringiu as ações do Estado para as populações mais vulneráveis e empobrecidas.

Esta direção ficou bem explícita no campo da saúde como podemos detalhar a seguir.

3.3.2 A Reforma Gerencial no campo da saúde

Ao redirecionar as ações no campo saúde para o atendimento das populações mais vulneráveis, ficam implícitas as propostas de *focalização* através da prestação de serviços caracterizadas como “cestas básicas”. Para o setor saúde essa conduta representou um forte incentivo à *privatização*, através do estímulo aos seguros privados, descentralização de serviços, parcerias com as organizações sociais e as restrições às formas de financiamento. Prevaleceu um ataque à *universalidade do direito à saúde*, um dos pilares centrais do Sistema Único de Saúde (SUS). Em suma, a ênfase foi dada às propostas de parceria com a sociedade bem como, à forte tendência da refilantropização da assistência à saúde.

Os impactos desta proposta afetaram diretamente a assistência ambulatorial e hospitalar. Isto está expresso na proposta quando afirma que:

Os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, serem organizações públicas não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS. O objetivo é sempre montar um sistema hierarquizado e regionalizado, mas a partir da demanda dos serviços controlada pelo Estado através dos municípios (BRESSER PEREIRA, 1997, p. 1).

Seguindo esta orientação foram propostas as seguintes ações no campo da saúde:

a) uma descentralização do poder gerencial que definiria atribuições e poder de decisão para as três esferas de governo;

b) a criação de uma rede de atenção composta por dois subsistemas, um considerado a porta de entrada, o “Subsistema de Entrada e Controle” que seria realizado através dos postos de saúde, do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) que representariam, em tese, os serviços de atenção básica; e o outro, denominado de “Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”, responsável pelos atendimentos de maior complexidade, através dos ambulatórios especializados da rede e das futuras propostas de Organizações Sociais;

c) a montagem de um sistema de informações em saúde que permitisse controlar despesas, avaliar qualidade e gerar indicadores para vigilância epidemiológica bem como, disponibilizar dados para maior controle na execução dos recursos. (BRASIL, 1995; BRAVO, 2002).

Estas proposições estão documentadas na proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde (BRASIL, 1995)⁸⁸ na qual é límpida e clara a indicação de uma cisão do SUS. Uma divisão que passa a distinguir a rede hospitalar “lucrativa”, que atende um sistema de referência e pretensos consumidores e, o atendimento básico, como eles denominaram de “Entrada e Controle”, por meio da efetivação de programas focais como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁸⁹ com atendimento básico de custo mais baixo, sob a responsabilidade dos municípios e que não representavam lucratividade direta.

A política de saúde assume esta tendência nos anos 1990, eivada pelos parâmetros desta proposta de *contra-reforma* e isto conduziu a uma desestruturação das diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugeria um outro patamar de integralidade, equidade e descentralização. Fragilizou o seu caráter de

⁸⁸ A proposta de Reforma administrativa do Sistema de Saúde integra o conjunto de reformas estratégicas elaboradas pelo governo de FHC sob a coordenação técnica de Luís Carlos Bresser Pereira.

⁸⁹ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, no governo de Fernando Collor e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, ainda no governo de Itamar Franco, ambos atendendo às requisições das agências multilaterais de atender prioritariamente os grupos mais vulneráveis. No governo de FHC ele é incorporado à proposta de reforma do campo da saúde por corresponder exatamente aos preceitos de baixo custo e efetividade.

universalidade quando constituiu dois sistemas, ou dois subsistemas, como preferiam seus propositores, um SUS para os pobres e outro para os consumidores do mercado. Instalou-se com isto uma reedição de um sistema de saúde pública de poucos recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Uma reedição de uma medicina pobre para os pobres.

Diante de todo este contexto o que presenciamos foi a falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não correspondendo às demandas da população. Isto evidencia a saúde como um campo estratégico para operacionalizar as mudanças proferidas pela administração gerencial.

As análises realizadas nos documentos oficiais bem como a interlocução analítica das críticas à proposta de “reforma” empreendida pelo governo FHC, nos permitem indicar uma forte tendência em centrar as mudanças na administração pública tendo como eixo central a recomposição de sua força de trabalho no setor público. Reconhecendo esta tendência, o nosso próximo objetivo será identificar de que forma esta Reforma Gerencial conduziu e sedimentou as novas configurações assumidas pela força de trabalho no serviço público.

3.4 A (des)regulamentação do trabalho: a Reforma Gerencial e suas novas referências para a regulamentação do trabalho

Acompanhando a sequência das análises desenvolvidas anteriormente destacaremos alguns aspectos das proposições do Plano Diretor da Reforma do Estado, mas agora tendo como foco central os argumentos que envolvem as modificações produzidas na regulamentação das relações de trabalho no setor público. A gestão administrativa da força de trabalho contratada pelo Estado assume uma nova condicionalidade, principalmente a partir do momento que esta gestão demonstra visíveis traços de incorporação de uma lógica racionalizadora advinda da produção industrial, que pretende a economia de trabalho vivo e a garantia da eficiência e produtividade.

Neste sentido, vamos privilegiar as proposições contidas no Plano que conduziram a novas formas de gestão do trabalho, que em nossa perspectiva de

análise foi determinante para o processo de desregulamentação do trabalho no Brasil instaurado nas últimas duas décadas.

A Reforma Gerencial tem no Plano Diretor da Reforma do Estado um instrumento de operacionalização das mudanças na legislação, na introdução de uma “nova” cultura gerencial e na adoção de modernas práticas gerenciais.

A rigor, a modernização requerida para o aparelho estatal teve como peça chave a flexibilização da administração pública que seria alcançada por meio de uma adequação do aparato legal concretizada pela edição de Medidas Provisórias e Emendas Constitucionais, que minaram o marco regulatório das relações de trabalho da Constituição Brasileira de 1988, e também retrocederam em relação a algumas conquistas trabalhistas expressas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

É possível visualizar os elementos estratégicos desta flexibilização nos argumentos apresentados, alguns inclusive já apontados anteriormente, que integram as propostas do Plano Diretor e que recuperamos aqui para uma análise mais aprofundada. Azevedo e Andrade (1997, p. 67)⁹⁰ apresentam sinteticamente esses elementos estratégicos, que seriam:

- a) a constituição de mais de um regime jurídico, regulando as relações de trabalho no âmbito do Estado;
- b) a restrição do regime estatutário, priorizando o segmento dos trabalhadores vinculados ao Núcleo de Atividades Exclusivas do Estado;
- c) aos trabalhadores não vinculados as funções exclusivas do Estado foram adotadas a flexibilização das políticas de gestão de pessoal através de critérios de admissão e dispensa de acordo com as necessidades e interesses da gestão pública;
- d) modificação das condições de disponibilidade dos trabalhadores, permitindo a disponibilidade mediante pagamento proporcional ao tempo de serviço;
- e) instituição de processo seletivo para admissão de trabalhadores celetistas; e,
- f) exigência de um Projeto de Lei para o aumento do quantitativo de trabalhadores nas três esferas de governo.

⁹⁰ No artigo “A Reforma do Estado e a questão federalista: reflexões sobre a proposta Bresser Pereira” os autores abordam algumas questões estratégicas colocadas na agenda de reforma do Estado no Brasil. Ver AZEVEDO; ANDRADE (1997).

Concretiza-se um conjunto de recomendações que foram incorporadas à legislação trabalhista, bem como à previdência social que dá cobertura aos trabalhadores do serviço público, esboçando os primeiros contornos do processo de desregulamentação das relações de trabalho no setor, com vistas à redução dos custos com trabalho.

As respostas práticas encontradas focaram-se na redução de custos com a força de trabalho e, como lembra Behring, isto se deu por meio “da flexibilização das relações contratuais de trabalho, retirando-se o Estado da regulação destas relações, inclusive no que se refere à questão da proteção social, com a redução dos encargos sociais” (2003, p. 214).

Sob a alegação de que a legislação trabalhista que ampara os trabalhadores do serviço público tinha um caráter protecionista e inibidor do empreendedorismo, o Plano Diretor agilizou as alterações constitucionais e avançou na operacionalização da proposta de flexibilização da gestão estatal. Neste sentido, partimos do pressuposto de que as medidas de ajuste fiscal foram direcionadas para “reorganizar” a gestão do trabalho e das políticas sociais conquistadas nos anos oitenta. É possível afirmar que as políticas de ajuste tiveram como alvo estratégico a desregulamentação do trabalho, a desconstrução do patamar de trabalho regulamentado e protegido que dá cobertura, de modo geral, a todos os trabalhadores, estejam eles no setor público ou privado.

Para continuar fazendo essas afirmações nos apropriamos das análises de Cardoso Junior, (2001)⁹¹, que identifica nestas medidas de ajuste uma estratégia de desregulamentação do mercado de trabalho nacional que se deu por uma alteração gradual e pontual de aspectos importantes da legislação trabalhista e social que estavam consagrados na CLT e na Constituição de 1988.

É uma estratégia que assume a dimensão de uma reforma do sistema de relações de trabalho do país. Para o autor

A forma pela qual vem sendo conduzida a desregulamentação do mercado de trabalho no país – por meio de medidas provisórias, emendas constitucionais, portarias e decretos, todos objetos de menor resistência política – constitui-se em estratégia deliberada do governo federal, aliado a

⁹¹ O autor em seu trabalho “Crise e desregulação do trabalho no Brasil” (2001) apresenta uma trajetória das modificações e alterações do mercado do trabalho brasileiro articulada às crises econômicas ocorridas no período de 1980 a 2000, buscando estabelecer conexões que indiquem o processo, que ele denomina de desregulação do trabalho.

determinados grupos sociais de grande expressão (empresários e parte do sindicalismo de resultados), sintonizada às diretrizes mais gerais da reforma do Estado no Brasil (CARDOSO JUNIOR, 2001, p.43)

Cardoso Junior (2001) considera que esse processo de desregulamentação do mercado de trabalho responde a um conjunto de medidas legais que se aglutinam e promovem: a flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho; alterações nos marcos de proteção e assistência à força de trabalho; e alterações na estrutura sindical e na Justiça do Trabalho. Isso fica bem explícito no serviço público em que o processo de desregulamentação do trabalho, visa, sobretudo, flexibilizar a estabilidade garantida aos seus trabalhadores, promovendo um ajuste quantitativo do seu quadro de pessoal.

As medidas da reforma gerencial, para serem efetivadas, contaram com um conjunto de alterações no arcabouço legal que regulamentava as relações de trabalho. Foram medidas decisivas que aniquilaram as bases fundamentais do trabalho regulamentado e protegido no serviço público, mas também atingiu outros setores da economia⁹².

No serviço público sua concretização se deu através de:⁹³

a) a Emenda Constitucional nº 19 de junho de 1998⁹⁴ que promoveu mudanças significativas no setor público. Introduziu o princípio da eficiência no texto constitucional, alterando o Art. 37 da Constituição, moldando a administração pública a este princípio valioso do setor privado. Ela pôs fim ao Regime Jurídico Único instituindo outra forma de contratação para ingresso no serviço, através de contratos pela CLT, exceto para os cargos relacionados às “atividades exclusivas de Estado”.

⁹²Esta Reforma investiu-se de um arcabouço jurídico-legal que permitiu uma ampla flexibilização das relações de trabalho tanto no serviço privado quanto no público. Podemos destacar no setor privado, a Lei das Cooperativas (Lei nº 8949/94) que possibilitou a organização de trabalhadores para prestação de serviços dentro de uma empresa sem caracterizar vínculo empregatício, mas também sem direitos trabalhistas como 13º salário, férias, descanso semanal e previdência social. A Lei do Contrato Temporário (Lei nº 9601/98 e Decreto nº 2490) flexibiliza a relação trabalhista através da possibilidade de contratação por tempo determinado, com redução dos encargos sociais, da contribuição do FGTS, da multa por rescisão de contrato e do valor das horas extras, instituindo ainda o banco de horas (KREIN; OLIVEIRA, 1999).

⁹³ Os dados apresentados foram pesquisados nos trabalhos de CARDOSO JUNIOR (2001); CARVALHO FILHO (2002);

⁹⁴ Sem sombra de dúvida, esta Emenda Constitucional foi a mais significativa expressão legal da desregulamentação do trabalho nos serviços públicos. Essa Emenda Constitucional é remanescente de um projeto de emenda constitucional, a PEC 173/95 que passou 34 meses tramitando no Congresso e Senado Federal. Com requinte de detalhes esta Emenda alterou a Constituição de 1988 dedicando 40% de seus artigos aos trabalhadores do serviço público centralizando seus efeitos sobre os aspectos econômicos e de diminuição de direitos (SANTOS, 2006).

O serviço público adere ao estatuto da flexibilização das contratações, incorporando trabalhadores com outras modalidades de vínculo. Isso repercute em outras consequências: o fim da isonomia salarial; institui a quebra da estabilidade, subordinando as necessidades de prestação de serviços e da ação dos trabalhadores às possibilidades orçamentárias, não prevalecendo o interesse público. Incorpora os elementos de insegurança e precariedade para a relação de trabalho no serviço público. A estabilidade só pode ser concedida ao trabalhador, após um prazo de três anos de exercício efetivo do cargo. A efetivação da demissão dos trabalhadores pode ocorrer por insuficiência de desempenho, por contenção de gastos e por falta grave, embora para este último caso caiba recurso através de inquérito administrativo. Foi suprimida da Constituição a garantia da irredutibilidade salarial; e a desvinculação do reajuste salarial entre civis e militares;

b) a Lei Complementar nº 96 de 31 de maio de 1999, que deu um suporte fundamental no controle dos gastos com a força de trabalho, pois definiu os limites para despesas com pessoal, que não podem ultrapassar 50% da receita corrente líquida no caso da União e, 60% da receita corrente líquida, para os estados, municípios e Distrito Federal. Esses limites foram reafirmados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em 2000, por meio da Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000⁹⁵. Os estados e municípios, também ficaram obrigados a cortar gastos com pessoal ou demitir trabalhadores, todas as vezes que ultrapassarem o limite de gastos fixado em Lei. Em adição, foram regulamentadas, através da Lei nº 9 801 de junho de 1999, as condições para demissão por excesso de despesa⁹⁶. Esta Lei prevê a exoneração mediante uma justificativa, documentada em ato normativo do poder executivo, em que é especificada a economia de recurso, o número de trabalhadores dispensados, a atividade objeto de redução de pessoal, os critérios para a escolha dos trabalhadores que serão dispensados, entre outras especificações;

⁹⁵ A Lei de Responsabilidade Fiscal apresentou uma rigorosidade no controle dos gastos com pessoal, ela “estabelece, para os entes federados que não estiveram dentro daqueles limites, as condições em que prioritariamente se cortarão gastos, definindo também as penas para os que não convergirem aos limites estipulados em lei. Adicionalmente, obriga aos entes federados a publicação, em órgão oficial de divulgação, do demonstrativo de execução orçamentária do mês e do acumulado dos 12 meses anteriores, em que fique explícito os valores e as formas de cálculo dos gastos das receitas correntes líquidas e das despesas totais com pessoal” (CARDOSO JUNIOR, 2001, p. 47).

⁹⁶ Cabe esclarecer que esta Lei vem regulamentar o artigo 169 da Constituição Federal que previa a perda do cargo público por excesso de despesa.

c) a Lei nº 9 849, de outubro de 1999, que altera alguns artigos da Lei nº 8 745/93, que dispunha sobre a contratação por tempo determinado de trabalhadores para atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público. Dentre as alterações efetivadas, uma merece relevância: a permissividade para prorrogar os contratos dos trabalhadores.

Torna-se possível a recontração dos trabalhadores temporários, desde que já tenham percorrido dois anos do encerramento do último contrato. Esta Lei também amplia o leque das atividades passíveis de contratação para atender a um excepcional interesse público. Este artifício legal deu margem a inúmeras distorções, promovendo contratações por tempo determinado para uma infinidade de cargos e funções promovendo, muitas vezes, uma nociva rotatividade para as atividades fins e de caráter estruturante das ações públicas, a exemplo das ações no campo da saúde;

d) a Lei nº 9 962, de fevereiro de 2000, que formalizou a categoria de emprego público. Estabelece que os admitidos para o emprego público devem ser regidos pela CLT, podendo o ingresso ser através de concurso público, mas passível de demissão conforme os critérios também arregimentados para os estatutários. Essa Lei acoplada aos mecanismos legais da EC nº 19 permite a diversificação tanto das formas de ingresso no serviço público, como dos vínculos trabalhistas que passam a integrar trabalhadores com vínculos de estatutário, celetista, contratos temporários, bolsa salário, cargos comissionados e ainda, a terceirização através de cooperativas e organizações sociais. Para Cardoso Junior. (2001, p.48), “essa lei constituiu o corolário da intenção do governo federal de resgatar o regime celetista como modalidade de vínculo dos contratos por prazo indeterminados”.

e) a Medida Provisória nº 1 970, de 21 de dezembro de 2000, que criou o Programa de Desligamento Voluntário (PDV), a redução da jornada de trabalho com remuneração proporcional e a licença incentivada, que seria uma licença sem remuneração, mas com um incentivo de pagamento de seis meses de proventos⁹⁷.

Esse conjunto de medidas são um claro flagrante da introdução de “novas” modalidades de flexibilização da legislação trabalhista aplicada ao setor

⁹⁷ A medida que instaura o Programa de Desligamento Voluntário (PVD) reproduz para o setor público uma estratégia de redução de custos com a força de trabalho já implantada no setor privado pela Lei 9 468/97 que instituiu os Planos de Demissão Voluntária, que desarticulou o mercado de trabalho, acentuou o desemprego, a insegurança e desencadeou o empobrecimento dos trabalhadores.

público, em conformidade ao que também ocorreu com os trabalhadores do setor privado. Consolidam um ataque aos direitos trabalhistas já consagrados, significando que a força de trabalho é encarada como custo e não como agente fundamental no processo de produção e os direitos, não como um elemento de redução das desigualdades e incorporação dos ganhos da produção para melhorar qualidade de vida (KREIN, 2001).

No caso do setor público, a flexibilização da legislação trabalhista fez emergir um quadro de pessoal paralelo, instituindo a estabilidade e o trabalho regulamentado como exclusividade de poucos e a desregulamentação e precarização como alternativa para muitos.

A rigor, o grande mote da contra-reforma administrativa foi edificar uma nova estrutura institucional-legal que teve repercussões diretas no serviço público, ordenando a flexibilização das relações de trabalho através da adoção de regimes jurídicos diferentes, em que se flexibilizam as formas de licitação e contratos, reduz-se os custos com a força de trabalho retirando direitos dos trabalhadores e permite-se a seletividade do princípio da estabilidade. Funda-se um estatuto flexível do trabalho, compatível com o setor privado da economia.

Concretamente, reeditam-se antigas estratégias gerenciais que têm como fundamento a eficiência administrativa e redução dos custos com a força de trabalho e com os serviços prestados. Reproduzem-se critérios de seletividade e focalização para a prestação dos serviços e de flexibilização e precarização para as relações de trabalho.

Podemos, entretanto, indicar um elemento que assume uma conotação de “inovação” nesta estratégia gerencial dos anos 1990 que, talvez seja o seu diferencial em relação a tantas outras tentativas de reforma administrativa. Esta reforma gerencial teve como missão incorporar ao serviço público a lógica racionalizadora de eficiência e produtividade do setor privado.

É uma produtividade não mais restrita a fortalecer as possibilidades de acumulação, mas uma produtividade que represente lucros diretos, ou seja, dividendos financeiros. Ao fazer parcerias com a iniciativa privada, com organizações não-governamentais e criar as organizações sociais, a proposta insere no serviço público não só a lógica da produtividade, mas também a da lucratividade. O caso da saúde, talvez seja o mais emblemático que, ao criar dois subsistemas um de “Entrada e Controle” e outro de “Referência Ambulatorial e Hospitalar”, restringe o

primeiro a ações de baixo custo que deverão ser assumidas pela administração pública e, o segundo, o segmento que agrega as ações de mais alto custo será gerenciado pela iniciativa privada e pelas parcerias público-privado. Foi incentivado e valorizado o segmento que possibilita maior lucratividade. Isso, além de descaracterizar o princípio da universalidade da atenção à saúde como dever do Estado, também quebra a universalidade do acesso, só quem pode comprar os serviços mais especializados e mais onerosos é que terão acesso a eles. Isso cai como uma luva na lógica do cidadão-cliente, aquele que pode “escolher” e “comprar” os serviços de melhor qualidade.

Para a realidade da população usuária dos serviços, isso representou um maior acesso aos serviços básicos e uma restrição drástica aos serviços de maior complexidade. Representou uma sutil e discreta privatização dos serviços sociais.

Segundo Dias (2005, p. 59)

A ideia de transferir os serviços para o capital privado e reduzir o custo da força de trabalho foi apresentada como uma maneira de recompor as condições de acumulação de capital no país.

De fato, isso corresponde a uma tendência do próprio modelo de acumulação predominante, que requer a interligação de todas as atividades sintonizadas para a reprodução do capital. É uma nova institucionalidade requerida pelo capital para atender ao seu processo de valorização e acumulação. Desta forma, os mecanismos de gerenciamento do Estado e seu papel neste processo de acumulação também acompanham uma efetiva reestruturação. Na medida em que o setor público tende a incorporar a racionalidade do setor privado, também se reproduzem as mesmas formas de gerenciamento da força de trabalho.

Redefinir, adequar e ajustar passam a ser o imperativo dos modelos de gestão da força de trabalho, que concretamente aparecem nas formas de flexibilização e precarização do trabalho.

O Plano Diretor empreende esforços de transpor para a administração pública o “operário padrão” requisitado pelo setor privado. Isso é visível frente à minuciosa estratégia de reordenar a legislação trabalhista. Ela foi reformulada, entre outras coisas, nos princípios que antes diferenciavam os trabalhadores do setor público do setor privado. Produziu-se uma isonomia por baixo que, ao tempo em que tentou dirimir as diferenças entre as duas legislações trabalhistas, permitiu colocar

todos os trabalhadores na condição de desamparo social, expostos ao desemprego e à degradação do trabalho. A legislação trabalhista foi desestruturada passando a “subordinar o legislado ao negociado” (DIAS, 2005, p. 59).

A desregulamentação do trabalho no serviço público foi operacionalizada pelas modificações desastrosas da legislação trabalhista determinadas pelas requisições e redefinições do papel do Estado para atender aos interesses da acumulação capitalista. Entretanto, esta desregulamentação do trabalho no serviço público se expressa de forma diversificada respeitando as particularidades da cada área de inserção de seus trabalhadores.

3.4.1 A força de trabalho no campo da saúde e as requisições da flexibilização do trabalho

Como já apontamos, os serviços públicos de saúde assumem uma significância dentro da Reforma Gerencial e a força de trabalho inserida no setor incorpora o processo de desregulamentação do trabalho. No decorrer das primeiras décadas dos anos 2000 a tendência reformista permanece no campo da saúde. O governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva iniciado em 2003 não concretiza nenhuma ação que reconduza o viés político da contra-reforma empreendida nos anos noventa.

No que se refere especificamente à gestão do trabalho no campo do serviço público de saúde, a iniciativa governamental dá um passo à frente em relação à gestão anterior a partir do momento que reconhece a situação de precarização do trabalho no setor saúde. As preocupações que envolvem a desregulamentação do trabalho na saúde emergem, a partir de uma agudização da precarização do trabalho que atinge do médico ao agente comunitário de saúde e que tem uma expressão crescente no final dos anos noventa.

Nesta direção, medidas pontuais foram assumidas pelo Ministério da Saúde a partir de 2003, a exemplo da proposta do Programa DesprecarizaSUS, que teve como foco central a regularização dos vínculos de trabalho. Este programa teve como marco importante o Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS (2003), no qual ficou explícito um discurso de

combate à precarização do trabalho tendo como referência a crítica a gestão do trabalho imposta pela Reforma Gerencial de FHC.

O relatório deste seminário registra uma análise conjuntural que localiza a origem da precarização como herança do governo anterior, quando afirma que:

Ao longo dos anos 90, passou-se a adotar no SUS a política da flexibilização e da precarização das relações de trabalho, adotando diversas modalidades de vinculação. Tal política preconizada pelo Governo Federal acabou sendo seguida em boa parte dos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2003, p. 9).

Com isso, aponta como consequência dessa lógica a instauração do atual quadro de precarização no SUS. Neste relatório também está indicado que um grande número de profissionais do setor público de saúde estejam precarizados e, mesmo sem ter dados concretos, estimam que aproximadamente 800 mil trabalhadores estejam sob relações de trabalho precárias, o que equivale a 40% da força de trabalho inserida no setor (BRASIL, 2003, p. 9).

O relatório baliza diante desse quadro um conjunto de estratégias para enfrentar a precarização do trabalho no SUS e constitui um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Portaria nº 2430 de 23/12/2003) tendo como meta elaborar uma política de gestão que elimine os vínculos precários de trabalho na saúde. Dentre suas competências estão, apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de desprecarização do trabalho; propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que possibilitem as formas legais de relações de trabalho; e indicar formas legais de contratação tendo em conta a política de preservação do emprego e renda dos ocupados no setor.

O que se concretizou foi que essas e outras medidas indicadas para o Comitê não apresentaram resultados efetivos e teve repercussões ínfimas para os Estados e municípios, os principais gestores da força de trabalho na saúde. Os seus efeitos não tem expressão frente ao crescimento da precarização do trabalho no setor pela via da ampliação da flexibilização das relações de trabalho no setor público.

Como demonstra o estudo de Nogueira (1996), a questão da desregulamentação do trabalho na saúde está relacionada à dimensão que

determinadas modalidades de contratos de trabalho assumem na composição da força de trabalho do serviço de saúde. Ele afirma que:

A flexibilização na gestão de pessoal no SUS é hoje aceita consensualmente como uma imposição de governabilidade diante da rigidez introduzida pelo Regime Jurídico Único (RJU). Os controles políticos-burocráticos impostos aos concursos e a pouca adaptabilidade das normas de remuneração tanto para profissionais altamente qualificados (de informática, por exemplo) como para pessoal sem qualificação específica (como o agente comunitário de saúde, por exemplo) levam os gestores a buscar soluções mais ágeis que acabam passando por algum tipo de triangulação mediada por uma fundação de apoio, associação comunitária, empresa de serviços, etc (NOGUEIRA, 1996, p.20)

A rigor, nesse quadro se expressa a flexibilização das relações de trabalho e, nos serviços públicos de saúde isto se configura no momento em que a gestão do trabalho deixou de ser sinônimo de administração de pessoal próprio.

Embora seguindo com ações limitadas e pontuais no enfrentamento da despreciação do trabalho no SUS, o Governo Federal convoca em 2005 a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho. No tocante à gestão do trabalho em saúde, a Conferência possibilita a ampliação do leque de discussão da temática do trabalho em saúde. O debate nos grupos de trabalho avançou porque incorporou as problemáticas que afligem os trabalhadores e suas entidades representativas neste campo como: a precarização dos vínculos de trabalho, os Planos de Carreira, Cargos e Salários, a Negociação do trabalho, o fortalecimento da capacidade gestora dos Estados e municípios e o financiamento da Gestão do trabalho.

A Conferência favoreceu o fortalecimento da luta dos trabalhadores em defesa do cumprimento da NOB/RH-SUS⁹⁸ que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de novembro de 2003, mas que vem encontrando dificuldades de operacionalização, principalmente na gestão do trabalho no âmbito municipal.

O que prevalece é uma relação precária de trabalho que é funcional ao modelo de gestão do trabalho adotado, no início dos anos 1990 e as iniciativas de despreciar o trabalho na saúde não revelaram, até o momento a inversão desta lógica. Muito pelo contrário, o segundo mandato do Governo Lula da Silva, iniciado

⁹⁸ A NOB/RH-SUS prevê a normatização de uma Política Nacional para Gestão do Trabalho e Educação no SUS. Ela traz orientações fundamentais para organização da gestão do trabalho no campo da saúde. Ela formaliza uma proposta que envolve a instalação de uma Mesa Nacional de Negociação do SUS e a criação da Câmara de Regulação do Trabalho instrumentos fundamentais para a participação democrática dos trabalhos e entidades representativas na condução da gestão do trabalho no campo da saúde.

em 2006, tem como carro chefe para contornar os problemas de gerenciamento no SUS, o Projeto Fundação Estatal.

Em verdade, esse projeto vem coroar o projeto de contra-reforma do Estado empreendido pelo Governo Lula quando reedita o viés de privatização das instituições públicas, bem ao gosto do ideário neoliberal. O Projeto Fundação Estatal emerge, como constam nos documentos oficiais, da eminente necessidade de dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais (BRASIL, 2007). “A essência da FUNDAÇÃO ESTATAL é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais” (BRASIL, 2007, p. 3). Com esse discurso, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, assume a propositura de que as Fundações Estatais representam a alternativa de gestão pública com maior autonomia, profissionalização e eficiência.

Esta proposta está representada no Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 que tramita no Congresso Federal e que inclui entre outros aspectos, a redefinição da gestão da força de trabalho nos serviços públicos, um dos pontos chave da proposta⁹⁹. Propõe regulamentar a Emenda Constitucional nº 19/1998 que, como vimos, atingiu frontalmente os trabalhadores públicos e formalizou novos parâmetros de regulamentação do trabalho para os serviços públicos. Seguindo a mesma lógica da Reforma Gerencial de FHC, a gestão da força de trabalho assume lugar de destaque, mas agora travestida de um novo elemento: “eliminar a precarização do trabalho” (BRASIL, 2007, p.9).

Diante da agudização da crise do gerenciamento dos serviços de saúde, principalmente dos hospitais públicos, a proposta da Fundação Estatal é assumida como a alternativa para o setor saúde. Recai sobre os trabalhadores da saúde os efeitos mais negativos desta proposta. Como destaca Granemann (2006, p. 46) o Projeto Fundação Estatal “ao reduzir a ação do Estado para o trabalho o amplia como horizonte de atuação do capital”, desta forma, sendo diretamente prejudicial aos trabalhadores.

⁹⁹O projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2008 por duas comissões, a do Trabalho Administração e Serviço Público e a de Constituição e Justiça. O regime de tramitação é de prioridade e já no início de 2009 deve esta pronto para exame no Plenário da Câmara Federal e segue depois para o Senado. Alguns estados da federação já caminham na frente desta aprovação, criando Fundações Estatais dentro do campo da saúde no formato já recomendado na proposta a exemplo dos Estados da Bahia, Acre Pernambuco e Rio de Janeiro. Este Projeto de Lei que cria Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado, também é recomendado para desenvolverem atividades nas áreas da educação, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras.

Podemos apontar três aspectos desta proposta que notabilizam um descompasso da gestão do trabalho no serviço público com o que está previsto pela Constituição de 1988 e assegurado pelo Regime Jurídico Único. O primeiro está relacionado à forma de contratação a ser mantida pelas Fundações que será pelo regime de CLT e com seleção por meio de concurso público. A particularidade está na manutenção do concurso, mas sem a obrigatoriedade da estabilidade no trabalho. Como alerta Granemann (2006, p.46), “parece-nos que as tão louvadas ‘regras de mercado’ aplicam-se às obrigações para a força de trabalho, mas não aos seus direitos”. Dentro dos parâmetros da CLT, poder de contratar é poder de demitir. Seguindo esta lógica, a Fundação Estatal tem a pretensa intenção de manter um quadro de trabalhadores qualificados e com melhores salários.

O segundo aspecto diz respeito à formação do quadro de pessoal, pois cada Fundação terá seu próprio quadro, com plano de carreira, emprego e salários. Isso tem repercussões diretas sobre a organização da força de trabalho no setor saúde, que vai agudizar a fragmentação dos trabalhadores e fragilizar ainda mais as lutas, as negociações e acordos coletivos tão buscados no campo da saúde.

O último aspecto é destacado por Granemann (2006), quando alerta que a remuneração da força de trabalho será subordinada a um Contrato de Gestão que cada Fundação Estatal deve estabelecer com o próprio Estado e com outros agentes do mercado. Desta forma, o próprio Estado mantém-se como o grande financiador desta nova forma de gerenciamento. A centralização da proposta retoma a lógica racionalizadora da economia dos custos com a força de trabalho.

Em síntese, a Fundação Estatal reincorpora para a gestão do trabalho o mesmo formato das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS) e das Fundações de Apoio, que representam a estratégia de privatizar o bem público. A força de trabalho, a prestação dos serviços e o acesso aos usuários são sempre o alvo privilegiado, quando o Estado busca a eficiência e eficácia do serviço público, através de sua investida privatizante.

O setor saúde assume a área de maior visibilidade desta proposta que já é realidade principalmente nos Estados da Bahia e Rio de Janeiro. Seu maior foco de resistência é o Conselho Nacional de Saúde que vem qualificando o debate e articulando forças com as organizações dos trabalhadores para enfrentar mais esta investida de desestruturação do SUS.

O conteúdo da proposta da Fundação Estatal revela a clara noção de que as políticas sociais, como analisa Granemann (2006), estão sendo empreendidas nos moldes análogos aos serviços privados. Esta é mais uma faceta da contra-reforma do Estado que tem implicações significativas sobre a gestão da força de trabalho na saúde. No atual contexto, o projeto da Fundação Estatal representa um patamar de regulamentação do trabalho na saúde que revela o processo efetivo da flexibilização do trabalho no setor público. É possível que estejamos presenciando uma outra etapa da desregulamentação do trabalho na saúde, ou o estabelecimento de novos parâmetros para a gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde.

Nossa intenção é que os elementos da realidade nos auxiliem nas reflexões e análises que explicitam as particularidades da desregulamentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família. Este é o nosso próximo desafio.

4 O TRABALHO EM SAÚDE: AS EXPRESSÕES CONCRETAS DA (DES) REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As motivações que impulsionaram a definição e opção pelo tema deste estudo já foram explicitadas na introdução deste trabalho. Neste momento, vamos estabelecer as mediações necessárias para explicitar e explicar as particularidades do universo empírico objeto de nossa investigação.

Consideramos que propor uma abordagem crítica significa reconhecer os conflitos e contradições presentes na realidade social e as possibilidades de abordagem do tema. Isso exige do pesquisador a explicitação da relevância e pertinência acadêmica e social do estudo, considerando as possíveis implicações e consequências da investigação. Pensamos estar na direção dessa construção e neste momento, agregamos às nossas reflexões as informações fornecidas pelos trabalhadores de saúde, sujeitos de uma história complexa de construção e reconstrução das relações de trabalho no campo da saúde.

A delimitação do objeto de estudo que envolve a desregulamentação do trabalho no setor saúde expresso na Estratégia Saúde da Família exigiu, arriscar-se num processo de aproximações sucessivas de compreensão da realidade. Partimos do princípio que não seria possível apreender a totalidade dos fenômenos, mas parte de um todo complexo e multifacetado e, que os fenômenos não se revelam pela aparência, mas que se desvendam através de um processo de investigação e conhecimento que buscamos estruturar no momento da pesquisa empírica.

O ponto de partida da exposição das informações tem a finalidade principal de analisar as formas que o trabalho em saúde assume no contexto de recomposição da força de trabalho e como isso se expressa no cotidiano dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande. Busca, igualmente refletir as particularidades da desregulamentação do trabalho como expressão dos condicionantes apresentados na flexibilização e precarização do processo, das relações e das condições de trabalho que envolvem esses trabalhadores.

O desenvolvimento deste capítulo representa a síntese das análises teóricas, documentais e empíricas que buscam atender as intenções deste estudo,

apontando as complexas relações que envolvem a vivência, o enfrentamento e a superação da condição de precariedade em que se encontra o trabalho em saúde.

Partindo dessas referências, é necessário apresentar, inicialmente alguns aspectos que demonstrem a condição do trabalho em saúde sobre a gerência da esfera municipal e suas especificidades quanto a ESF. Em seguida, faremos a exposição das particularidades da realidade empírica do estudo na busca de explicitar a relação das determinações mais gerais com esta realidade particular. Na sequência, apresentamos a conformação da força de trabalho em saúde na ESF do município e as novas exigências e competências requeridas para atuação nos serviços – a presença da flexibilização na forma de remuneração, o significado do trabalho coletivo, do compromisso como usuário e as exigências da produtividade. São elementos reveladores de novas práticas e é importante analisar de que forma isso aparece no cotidiano dos profissionais como elementos de precarização do trabalho. Neste momento, também serão indicadas as tendências da lógica racionalizadora que perpassa as ações básicas de saúde no serviço público. Desta forma, apresentamos articuladamente as expressões de flexibilização e precarização do trabalho em saúde, que se concretizam no processo, nas relações e nas condições de trabalho que integram os trabalhadores de saúde da ESF de Campina Grande.

4.1 O município como gestor da força de trabalho em saúde: as peculiaridades de Campina Grande-PB

A força de trabalho que integra a ESF tem um potencial estratégico para a concretização da proposta de implantação de um novo modelo assistencial para a saúde. Superar um modelo de atenção à saúde centrado na medicalização e hospitalização foi o mote inicial para a proposta governamental de implantação do “Programa” Saúde da Família em 1994. Na perspectiva de reestruturar a atenção básica, esta proposta investe num discurso de atendimento integral, humanizado e com qualidade, que se estabelece a partir da relação de co-responsabilidade entre

equipe de saúde e usuário, na busca da superação das problemáticas de saúde enfrentadas pela população¹⁰⁰.

A implantação e expansão desta proposta representaram um significativo crescimento de novos espaços de atuação profissional permitindo novas práticas no campo da saúde. Por outro lado, ao tempo em que possibilitou o estabelecimento de novas formas de interação entre os serviços de saúde e população, também instituiu novas modalidades de incorporação da força de trabalho para efetivar esse novo modelo assistencial na saúde.

As análises que apresentamos neste estudo, confirmam que a área da saúde integralizou um conjunto de reformas dentro da propositura da contra-reforma efetivada pelo Estado, iniciada nos anos noventa e presente até os dias atuais. De forma bastante específica, a gestão da força de trabalho é a que realmente tem provocado impactos, por introduzir modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, direitos e vantagens e carreiras do serviço público (PIERANTONI, 2001, p. 345).

A direção da gestão do trabalho no campo da saúde acompanhou duas estratégias fundamentais para implantação deste novo modelo gerencial: a *desregulamentação do trabalho* pela via da redução de gastos com força de trabalho, seja através do desemprego ou pela redução dos encargos com o trabalho formal, que apresentamos de uma forma geral no terceiro capítulo e a *descentralização das ações de saúde* que passa a atribuir aos municípios ações seletivas e focalizadas de baixo custo e deslocando e concentrando a demanda por trabalho para os estados e municípios¹⁰¹.

Esta estratégia de *descentralização das ações de saúde*, concretizada pela municipalização da saúde no contexto dos anos 1990, merece um destaque

¹⁰⁰ Os documentos oficiais do Ministério da Saúde (1997) e os estudos PERET (1999); FARIAS (2005) que abordam a ESF como universo de análise apresentam como objetivos principais do Programa Saúde da Família: "superar a fragmentação do cuidado em saúde, decorrentes da divisão social e técnica do trabalho em saúde; eleger a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento entre equipe e a comunidade, e o estímulo a organização comunitária, para efetivo exercício do controle social. Representa, desta forma, uma mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde, da qual se espera um olhar interdisciplinar e uma prática intersetorial" (FARIAS, 2005 apud BRASIL, 2005, p.11).

¹⁰¹ O estudo de Carvalho Filho (2002) demonstra que o emprego público apresenta uma evolução diferenciada por esfera administrativa e destaca que enquanto estados e União implementaram políticas restritivas do emprego, os municípios, passaram longe desse processo. Por outro lado, pelo menos desde a década de 80 que o emprego nos municípios se expandem de maneira firme. Segundo o autor, a maior expansão do emprego municipal corresponde a tendência à municipalização dos serviços de saúde e educação.

neste momento de análise por ser, dentro do nosso entendimento, um eixo que viabilizou a expansão do emprego público na saúde no âmbito municipal, incorporando a ESF como modelo emblemático desta nova conformação de relações de trabalho.

A concretização da descentralização das ações de saúde responde a uma combinação entre a demanda por serviços de saúde e este novo padrão de regulação do trabalho imposto pela contra-reforma do Estado, embora a defesa da municipalização integre os preceitos da reforma sanitária brasileira defendida pelos setores progressistas da saúde¹⁰².

A expansão de ações básicas de baixo custo, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família, passam a congregar o modelo assistencial de saúde que irá incorporar, de forma significativa, uma força de trabalho com uma nova conformação trabalhista. Com lembra Baraldi (2005, p. 13) no “setor público de saúde, o índice de contratos flexíveis chegou a representar cerca de 90% dos integrantes de equipes de projetos essenciais para a gestão do SUS” e neste caso, o PACS e a ESF apresentam-se como maiores incorporadores de força de trabalho.

Nesta nova conformação trabalhista, o município passa a assumir a gestão da força de trabalho, sendo responsável direto pela sua contratação. Este mecanismo estratégico de descentralização administrativa tem revelado a emergência de alguns problemas determinados pelas imposições legais e da restrita capacidade financeira da maioria dos municípios brasileiros e, o município de Campina Grande não foge à regra.

Segundo dados apresentados por estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde/NESP/CEAM/UnB (2006), que avalia a situação dos municípios em relação aos gastos com as Despesas com Pessoal e o cumprimento

¹⁰² A proposta de municipalização das ações assistenciais permitiu a expansão de uma força de trabalho incorporada pela esfera municipal. Na saúde, iniciou-se por uma ampliação da cobertura assistencial, recomendada pela OMS em 1978, que preconizava a universalização do Direito à Saúde. Associada as requisições do Movimento da Reforma Sanitária este processo de municipalização traça os caminhos da política de saúde brasileira com base no tripé da descentralização, universalização e unificação das ações de saúde. Este processo de descentralização avançou gradativamente através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, com o Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, tomando uma expressão maior com a implantação das políticas de Ações Integradas da Saúde (AIS), em 1982 e com o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) em 1987. A Constituição de 1988 consagra esse processo de descentralização através da criação do Sistema Unificado de Saúde (SUS). (CARVALHO FILHO, 2002, p. 81).

da Lei de Responsabilidade Fiscal, indicam que existe uma tendência de crescimento das despesas de pessoal para o conjunto dos municípios brasileiros.

Esta tendência é tanto mais forte quanto maior a população atendida, mas como alerta o estudo, é preciso analisar atentamente esta tendência de crescimento, pois ela não visualiza em que segmento da força de trabalho este vem sendo mais expressivo. Isto pode indicar tanto crescimento para postos de trabalho permanentes, efetivos como também, para os temporários e terceirizados.

Os dados referentes à relação entre a Despesa com Pessoal e a Receita Corrente Líquida (RCL) para o conjunto dos municípios brasileiros¹⁰³ no período de 2000-2003, demonstram que os municípios que comportam entre 300 mil e 1 milhão de habitantes, que é o caso de Campina Grande, apresentaram em 2000 uma média de 45,37% de despesas com pessoal passando em 2003 para 49,05%, representando um crescimento de 8,11% das despesas com pessoal (UnB, 2006). Neste caso, esses municípios estariam dentro dos limites exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que determina o limite máximo de 60% de gastos com pessoal (6% com o poder legislativo e tribunal de contas, se houver, e, 54% para o poder executivo).¹⁰⁴

Estes municípios foram considerados, por um critério de avaliação utilizado na pesquisa, numa situação denominada de “ajustada”¹⁰⁵. Também alerta o estudo, para o crescimento da rubrica de “Outras Despesas de Pessoal”, que é onde se localizam os gastos com a força de trabalho terceirizada e temporária.

Uma ponderação importante destacada pelo estudo do Observatório de Recursos Humanos da UnB, é que não ocorreu uma limitação efetiva das despesas com pessoal nos municípios, a não ser com respeito ao segmento formal e permanente da força de trabalho neste setor. Entretanto, o segmento informal e/ou temporário, que agrega uma força de trabalho com contratos terceirizados e por tempo determinado, implicou em aumentos constantes de despesas reais (UnB, 2006). Como afirma o estudo, “este tipo de achado não chega a ser uma surpresa

¹⁰³ Esses dados não incluem as capitais, elas correspondem a outro universo de análise apresentados pelo estudo do Observatório na página 14.

¹⁰⁴ A Lei de Responsabilidade Fiscal, nº 96/1999, determina um limite máximo de 60% e um limite prudencial de 57% de despesas com pessoal.

¹⁰⁵ O estudo estabeleceu critérios de avaliação da situação de Despesas com Pessoal para esta pesquisa, mas explicita que não existem critérios oficiais. Foi estabelecida uma escala de classificação das despesas com pessoal de indicam uma situação *emergencial* quando o percentual de gastos atinge o limite de $\geq 57\%$, *limítrofe* para os gastos entre ≥ 54 e $< 57\%$, para os gastos que estão nos limites entre ≥ 44 e $< 54\%$ a situação é indicada como *ajustada* e, considerada *boa* quando corresponde $< 44\%$ do comprometimento da Receita Corrente Líquida com gastos com pessoal.

porque está em correspondência com a experiência empírica da gestão do trabalho em setores como o SUS” (UnB, 2006, p. 16).

Ainda segundo dados desta pesquisa, o município de Campina Grande apresentou em 2004 um comprometimento de 42,05% de sua RCL com Despesas com Pessoal, atingindo, desta forma, segundo critérios do estudo da UnB, uma classificação considerada “boa” na utilização dos gastos com pessoal. Atualmente, as informações do Relatório de Gestão Fiscal¹⁰⁶, informam que para os anos de 2006, 2007 e 2008, o município tem comprometido respectivamente, 36,74%, 49,10% e 44,80% de sua Receita Corrente Líquida em Despesas com Pessoal. Resguardadas as análises contábeis, podemos observar uma variação nos gastos do município com as despesas de pessoal, que indica ter o município uma margem positiva para gastos relacionados com as despesas de pessoal. Observamos que entre os anos de 2006 e 2007 houve um crescimento significativo do comprometimento da RCL com as Despesas com Pessoal, só não podemos afirmar se isso está direcionado a um maior investimento em contratação de força de trabalho para as áreas sociais, muito menos para o setor saúde. Como também, não é possível identificar se os recursos foram destinados a contratações temporárias.

Entretanto, este crescimento pode indicar um aumento nos gastos com pessoal considerando o Concurso Público realizado no município em agosto de 2006 que incorpora como trabalhadores estatutários a força de trabalho da ESF. O comprometimento dos recursos não se mantém no ano de 2008 quando a RCL com Despesas com Pessoal cai para 44,80%.

As informações apresentadas demonstram que os municípios, em que pese suas dificuldades financeiras, mantêm um patamar de gastos com pessoal dentro dos limites legais. Entretanto, é reconhecido que para manter os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em seu quadro de pessoal, a gestão municipal tem recorrido a outras formas de vinculação ao trabalho. Isso pode estar relacionado ao fato dos salários pagos a essas equipes de saúde exceder a média do mercado, elevando o valor da folha de pessoal e esbarrando, muitas vezes, nas exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal. Desta forma, os municípios recorrem a outros agentes institucionais como as cooperativas, associações comunitárias, ONGs, entre outros, para estabelecer contratos com os trabalhadores, prevalecendo as formas flexíveis de contratações que assumem a condição de precárias tanto

¹⁰⁶ O Relatório de Gestão Fiscal está disponível no site www.tesouro.fazenda.gov.br

pela ausência de vínculo formal com o serviço público como, pelas fragilidades da proteção social, dentre outros fatores.

Pierantoni (2001) argumenta que as soluções encontradas pelos gestores, principalmente nos municípios, respondem a um “cardápio diversificado” de alternativas de vinculação contratual da força de trabalho. Ela acrescenta que a necessidade de ampliar a cobertura e implantar novos modelos assistenciais facilitou a ampliação de alternativas que não responderam a adoção de um modelo sistematizado de gestão. Este contou com a agravante ausência de fiscalização do Estado na utilização dos recursos financeiros e na adequação de uma legislação que orientasse e disciplinasse as modalidades contratuais no campo da saúde.

Como declarou a pesquisa sobre Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil

[...] mais de $\frac{3}{4}$ dos municípios referem adotar formas de vínculos distintas do Regime Jurídico Único e do regime CLT, para contratação de trabalho e serviços profissionais para o PSF. A adoção de formas de contratação flexíveis (precárias, dependendo da ocupação e do tipo do contrato, bases salariais etc) é mais utilizada nas regiões Centro Oeste (88%), Norte (88%) e Nordeste (85%). (GIRARDI; CARVALHO, 2003, p.183).

Esses dados referentes ao início da década de 2000 são reveladores também da tendência atual da gestão do trabalho no SUS. É possível constatar uma gestão que, expande o mercado de trabalho e ações de saúde agregando diferentes modalidades de contratações com diferentes vínculos, com o agravante de não primar pela realização de concurso público para ingresso desta força de trabalho. Concretizou-se uma estratégia que passa integrar trabalhadores com vínculos de estatutário, celetista, contratos temporários, bolsa salário, cargos comissionados e a terceirização através de cooperativas, associação de moradores, entre outros.

Configura-se a emergência de um quadro de pessoal paralelo, que motivado por diferenciais de remuneração e gratificações, amplia as possibilidades de mercado de trabalho e garante a continuidade dos serviços assistenciais no campo da saúde.

4.1.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: a configuração da desregulamentação das relações de trabalho

A experiência da implantação da ESF de Campina Grande, em 1994, integraliza as tendências apresentadas, ao incorporar suas primeiras equipes de saúde, através de seleção pública simplificada firmando contratados de trabalho pelo regime celetista com uma força de trabalho para atuar no âmbito do serviço público municipal. Esta vinculação trabalhista, embora formal com carteira assinada e direitos trabalhistas, é indicada como fora dos padrões de exigência de ingresso e vínculo com o serviço público, como preconiza a Constituição Federal de 1988. Com esta conformação trabalhista foram formadas as primeiras equipes básicas compostas inicialmente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A partir de 2001, foram incluídos o cirurgião dentista/odontólogo, o atendente de consultório dentário e o técnico de higiene dental, como integrante da equipe básica.

Seguindo esta nova conformação trabalhista, os contratos de trabalho da ESF passam a se diferenciar do restante dos trabalhadores municipais da saúde. Para a força de trabalho que integra a ESF foi estabelecida uma relação trabalhista baseada num convênio firmado entre a Secretaria de Saúde e as Associações de Moradores e Amigos do Bairro. Este convênio, conforme informações coletas nas entrevistas e no estudo de Farias (2005) foi estabelecido entre a Secretaria de Saúde, o órgão gestor e a Associação de Moradores de Bairro diretamente relacionada ao local no qual seria instalada a equipe de Saúde da Família.

Esta relação trabalhista é descrita por alguns trabalhadores da ESF, que antes do concurso de 2006, tinham seus contratos regulados nos marcos desta modalidade de terceirização na prestação dos serviços de saúde. O depoimento da trabalhadora abaixo confirma o estabelecimento desta modalidade de relação trabalhista.

De 1994 até 2006, com a carteira assinada, que era um convênio entre a Prefeitura de Campina Grande e a Associação de Moradores do Bairro. Então, onde tinha PSF no bairro esse convênio era feito. Então a Associação assinava nossa carteira de trabalho e a prefeitura era quem administrava e gerenciava todo o pagamento, todo dinheiro.

Esta informação demonstra a configuração de um vínculo trabalhista formal, que assegurava direitos trabalhistas previstos na CLT, entretanto evidencia dois aspectos: institui-se uma outra modalidade de vinculação ao serviço público, fora das exigências do Regime Jurídico Único que prevê o ingresso por concurso público e a garantia da estabilidade assegurada a essa forma de vínculo. Outro aspecto é uma apartação entre quem contrata a força de trabalho e quem gerencia financeiramente, politicamente e tecnicamente a força de trabalho. O estabelecimento deste convênio deixa claro que o papel da Associação dos Moradores aparece apenas como um artifício gerencial para “formalizar” este contrato de trabalho, sem manter nenhum controle sobre a gestão do trabalho. No entanto, ela é partícipe de um processo que terceiriza a prestação dos serviços de saúde através desta nova forma de vinculação da força de trabalho no serviço público municipal.

Institui-se uma forma de vinculação trabalhista que além de ferir os princípios constitucionais do emprego público, contraria também as recomendações do Direito do Trabalho. Nos Enunciados nº 331 e 256 do Tribunal Superior do Trabalho são vedadas a terceirização das atividades fins, bem como a qualquer intermediação de mão de obra que caracterize locação, arrendamento ou aluguel de força de trabalho. Desta forma, a vinculação dos trabalhadores ao serviço municipal de saúde pela via da Associação de Moradores caracteriza-se como uma intermediação de força de trabalho, que para o serviço público foge aos critérios legais de vinculação de seus trabalhadores¹⁰⁷.

Caracterizou-se neste sentido uma formalização do vínculo de trabalho para os trabalhadores da ESF, mas inconstitucional para o serviço público, muito embora a EC nº 19 tenha normatizado uma outra possibilidade de vínculo com o serviço público, como apresentamos no terceiro capítulo.

As distorções desta relação trabalhista se evidenciam também fora dos marcos legais. Análises realizadas no estudo de Farias (2005) apresentam alguns

¹⁰⁷ De acordo com o documento “Bases normativas e conceituais da política de despreciação e regularização do trabalho no SUS” (UnB, 2004, p. 13) a contratação pelo poder público deve obedecer aos seguintes critérios legais: “a contratação deve ser precedida de processo licitatório, nos termos da lei (garantindo a impessoalidade e publicidade do processo); os contratos só podem atuar em funções de apoio (tais como limpeza, segurança, alimentação, etc); não podem ocupar-se de atividades fins peculiares a instituição, de tal modo a não caracterizar uma substituição de funções e de servidores próprios do quadro permanente da instituição (constituem atividades fins[...] os serviços de saúde nos hospitais e ensino nas escolas ou faculdades); os contratos devem estar isentos de subordinação hierárquica aos cargos e empregos próprios da instituição contratante(ou seja, devem responder à estrutura de mando estabelecida pela entidade contratada)”

elementos que desvirtuam esta relação de trabalho formal para a força de trabalho na ESF, evidenciando alguns complicadores. Vejamos o que relata Farias (2005, p. 51):

Apesar de tal situação representar um avanço em relação à situação quase universal de precarização dos trabalhadores do Saúde da Família no país, ainda se constitui em uma inadequação já que não existe vínculo com o setor público, responsável pela prestação da atenção à saúde, e expõe o trabalhador a ingerências políticas das lideranças comunitárias contratantes.

Isso demonstra que esta relação formal esteve envolvida com situações que potencializavam a desagregação do trabalho em saúde. Como está demonstrado, a intermediação da relação trabalhista por uma entidade que representa uma liderança política no bairro possibilita a ingerência dos interesses políticos locais interferindo nas condutas e práticas das equipes de saúde. Nesta relação trabalhista mais um elemento de conflito se instaura, o confronto dos interesses de lideranças locais com as reais necessidades de saúde identificadas pelas equipes e suas condutas para enfrentá-las.

Dentro desta realidade peculiar da ESF de Campina Grande merece destaque também a situação dos Agentes Comunitários de Saúde. Como relata Farias (2005, p. 51),

Os agentes comunitários de saúde apresentavam situação de extrema precarização sendo considerados bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista.

Este trabalhador foi mantido por um longo período numa situação de extrema precarização sem direitos trabalhistas assegurados. Foi só a partir de julho de 2004, que os ACS foram contratados pela Prefeitura Municipal de Campina Grande, através de um contrato temporário de 2 anos. Segundo Farias(2005), um contrato acordado sobre a promessa de que passariam a ter garantido os direitos previstos na CLT, “o que acabou não ocorrendo em função de atraso no recolhimento de encargos sociais” (FARIAS, 2005, p. 51).

Este fato, segundo Farias (2005), inviabilizou neste período o acesso dos ACS aos benefícios da previdência social. Os ACS passam a ter a carteira assinada, num contrato temporário, que só sofreria modificações em março de 2007, quando o município, em cumprimento à Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de

2006, efetiva o vínculo trabalhista desses trabalhadores, como veremos com detalhes mais adiante.

Ainda buscando situar alguns elementos que historicizam as formas de gestão do trabalho empreendida no campo da saúde pelo município, apresentamos outra situação peculiar à realidade de Campina Grande que foi a inserção do assistente social às atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde.

Como relata o estudo de Vasconcelos (2009), em 1995 as assistentes sociais já estavam desenvolvendo atividades junto a algumas equipes da ESF. No período de 1995-2002, o assistente social integrou as equipes de saúde, embora isto não tenha correspondido ao estabelecendo de um vínculo trabalhista com a Estratégia Saúde da Família. Os profissionais eram vinculados à Prefeitura Municipal de Campina Grande e foram cedidos para prestar serviço na ESF, com condições salariais e carga horária diferenciada do restante da equipe. Isso significa dizer, que esses profissionais recebiam salários abaixo da média dos trabalhadores de nível superior da ESF e que sua carga horária era distribuída entre as atividades das equipes de saúde e outras atividades que envolviam o seu vínculo trabalhista com o município.

Embora sob essas condições de trabalho, as ações do Serviço Social passam a ter uma relevância reconhecida pelas equipes de saúde. Isto articulou forças numa luta pela sua inserção formal na ESF que se concretizou em 2002, com a incorporação de 26 assistentes sociais através de seleção pública simplificada passando estes a atuarem nas 50 equipes de saúde que existiam na época. Esse grupo de profissionais passa a integrar a equipe de saúde sem que o Ministério da Saúde repasse verba para sua remuneração, instituindo uma contrapartida da gestão municipal para a dinamização e qualificação da ESF. Nos estudos de Farias (2005) e Vasconcelos (2009), a inserção do assistente social foi resultado de um longo processo de luta dos profissionais, mas também reflete a decisão política de valorizar as ações de promoção da saúde, desta forma potencializando as ações de educação em saúde.

Esses elementos apresentados retratam aspectos da gestão do trabalho no âmbito municipal que se manteve até meados dos anos 2006. É uma realidade que sinaliza a ocorrência de relações de trabalho com trajetórias diferenciadas para os trabalhadores de saúde que integram a ESF de Campina Grande. Alguns vivenciaram por quase 12 anos, uma vinculação trabalhista mediada pelas

Associações de Moradores do Bairro sem estabelecer vínculo formal com o serviço público, a exemplo da equipe mínima. Outros, como os ACS, vivenciaram a extrema precarização, como bolsista federal, prestador de serviços do município, alguns inclusive advindos do PACS¹⁰⁸, estando nesta relação trabalhista desde 1991, sem amparo legal e proteção social garantida a um trabalhador do serviço público. Por outro lado, os assistentes sociais, que inicialmente incorporam-se de forma parcial, sem vínculo direto e posteriormente integram a forma de relação trabalhista mantida com os outros trabalhadores de nível superior.

Este quadro revela a concretização das diretrizes da reforma gerencial iniciada nos anos noventa por FHC. Manteve-se para o setor público de saúde uma direção focalizada centrada num modelo assistencial que operacionalizou um “Sistema de Entrada e Controle” através das ações básicas. Nesta lógica, a ESF, pela sua crescente expansão¹⁰⁹, foi o mecanismo de concretização desta proposta. Por intermédio da ESF também foi possível concretizar os mecanismos de racionalização dos custos com a força de trabalho. A composição das equipes de saúde segue uma lógica de “composição mínima”, em que os trabalhadores com menor remuneração aparecem em maior número, como os ACS. É estabelecido para cada equipe de saúde que faça uma cobertura em torno de 600 a 1.000 famílias, que estejam envolvidos no mínimo 6 ACS. E como vimos, são os ACS os trabalhadores que sofrem os maiores efeitos do trabalho desregulamentado na saúde e que vivenciam as formas mais agudas da precarização do trabalho em saúde.

Em nossas referências, a recuperação de aspectos da gestão do trabalho da ESF de Campina Grande, até os anos 2006, evidencia fortes traços de uma desregulamentação do trabalho que acompanha as tendências indicadas em nossas análises teóricas construídas anteriormente. A ESF possibilitou uma ampliação do mercado de trabalho em saúde no município, mas também acompanhada pela flexibilização das relações de trabalho no setor público de saúde, por meio da manutenção de diferentes vínculos trabalhistas.

¹⁰⁸ Alguns agentes comunitários de saúde já trabalhavam no PACS, desde 1991, quando foram implantadas as primeiras equipes deste programa no município de Campina Grande.

¹⁰⁹ Segundo o Ministério da Saúde, em notícia divulgada no portal da saúde em 04/05/07, as equipes de Saúde da Família já atingem 5110 municípios, representando 92% dos municípios brasileiros. Sua expansão é evidente quando entre dezembro de 2002 e março de 2007, o número de equipes aumentou de 16.700 para 27.146 equipes. Isto significa uma ampliação da cobertura populacional de 54,9 milhões para mais de 86 milhões de pessoas.

Isto significa que o gestor municipal do SUS vivenciou também a retração do quadro de pessoal permanente para implementar as ações de saúde e isto tem repercussões graves como, a perda da memória institucional, o comprometimento da continuidade de ações que são estruturantes para o sistema público de saúde, além do impacto na qualidade do atendimento.

Com base nessas informações, consideramos que a experiência da ESF de Campina Grande, até 2006, revela um processo contraditório de regulamentação das relações de trabalho, evidenciando uma ausência de política de gestão do trabalho no âmbito do SUS comprometendo a proteção social ao trabalho no serviço público. A gestão municipal adotou ao longo da expansão da ESF dos anos 1994 – 2003, a estratégia de incorporar sua força de trabalho, através de seleção pública¹¹⁰, com contratos de trabalho firmados com as Associações de Moradores do município, desta forma, caracterizando-os como “contratos precários” para o serviço público.

Mesmo as ações previstas e recomendadas pelo Governo Lula em seu Programa DesprecarizaSUS, a partir de 2003, não dão sinais concretos de efetivação na realidade de Campina Grande. A gestão do trabalho no âmbito municipal passou longe da negociação coletiva, da qualificação permanente da força de trabalho e da formulação de um Plano de Cargos, Carreira e Salários.

As informações referentes à gestão do trabalho em saúde no município demonstram a especificidade que esta realidade apresenta, quando implanta e expande um programa estratégico no campo da saúde com uma força de trabalho, que mantém relações de trabalho flexíveis e precárias.

4.1.2 Novos parâmetros para a regulamentação do trabalho na ESF: algumas evidências da permanência da precarização

A partir de uma exigência legal, expressa no ACÓRDÃO nº 552/2007 do Tribunal de Contas da União, o município de Campina Grande firma um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta juntamente com o Ministério da Saúde. Neste Termo de Compromisso, o TCU exige que o preenchimento dos cargos

¹¹⁰ O ingresso dos profissionais médicos, enfermeiras, cirurgião dentista/odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, assistente social, exceto o agente comunitário de saúde, foi realizado mediante seleção pública simplificada, com realização de prova escrita, análise de currículo e entrevista.

públicos para o exercício das atividades do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde seja efetivado mediante Concurso Público até 30/6/2007.

Esse fato parece demarcar o processo de regularização da forma de ingresso na ESF, através de concurso público que traz como suposto a desprecarização do trabalho nesta atividade.

A obrigatoriedade do concurso muda a configuração da força de trabalho que passa a integrar a ESF no município, a partir de 2006. Fica regularizada a forma de ingresso no serviço público municipal, com a efetivação do concurso público para todas as categorias, exceto para os ACS e o pessoal de apoio administrativo. Este mecanismo responde às exigências do ingresso formal no serviço público, por meio do concurso público, embora não tenha atingido todos os trabalhadores e, ainda não represente uma ação articulada para enfrentar a desprecarização do trabalho nesta atividade.

Em que pese a validade política e jurídica do concurso público para ingresso dos trabalhadores da ESF, alguns fatos demarcam a emergência de novos elementos de análise no que se refere à desregulamentação do trabalho. Dentre eles está uma relação trabalhista que assume outra modalidade. Os trabalhadores da ESF passaram a receber sua remuneração, através de duas fontes pagadoras: a Secretaria Municipal de Administração, paga a remuneração correspondente ao piso salarial de cada categoria profissional e a Secretaria Municipal de Saúde, complementa, em forma de gratificação, a remuneração acordada para os trabalhadores da ESF. A gestão municipal instituiu uma forma de remuneração fragmentada que vem produzindo uma série de insatisfações junto aos trabalhadores, principalmente por não assegurar a proteção social conferida aos trabalhadores públicos, como analisaremos posteriormente.

Outro elemento de destaque refere-se à desestruturação na prestação das ações de saúde que ocorreu em decorrência da realização do concurso. Fica evidente nos depoimentos das trabalhadoras entrevistadas, um desmonte, uma desestruturação na organização dos serviços em virtude, da gestão municipal ter optado por constituir novas equipes, a partir dos trabalhadores admitidos após o concurso. O que se efetivou foi que a grande maioria dos trabalhadores aprovados no concurso e que já atuavam na ESF, não puderam manter-se em seus locais de trabalho. A gestão assumiu a estratégia de realocar os trabalhadores em diferentes equipes. Isto ocasionou a desestruturação de equipes de saúde já consolidadas e

isto teve implicações na qualidade e continuidade das ações já instituídas nas áreas de trabalho. Relações e vínculos com a população tão discursados e recomendados pelos protocolos do Ministério da Saúde que não mais foram recuperados com a desestruturação das equipes de saúde.

Podemos apontar também um outro elemento que conforma este cenário, a desarticulação política e organizativa dos trabalhadores da ESF. Esses trabalhadores carregam como herança uma história de luta pela melhoria das condições de trabalho, mas também pelo compromisso de um serviço de qualidade que atendesse as demandas da população. A desagregação das equipes também interferiu no processo organizativo desses trabalhadores.

As aproximações com essa realidade permitem inferir, a priori, que a ocorrência do concurso trouxe, contraditoriamente, um conjunto de incertezas para esta força de trabalho, pois as indefinições quanto à gestão da força de trabalho ainda permanecem, principalmente, no que se referem aos aspectos salariais, condições de trabalho e direitos trabalhistas. Mesmo sobre a ocorrência do concurso público, que estabelece uma relação formal de trabalho, ainda há indicativos da permanência da condição de vulnerabilidade do trabalho considerando as questões salariais, a alta rotatividade, as condições de trabalho e a indefinição da proteção social no que se refere, principalmente à aposentadoria. Isso será demonstrado nas informações documentadas mais à frente.

No momento da nossa pesquisa, a ESF de Campina Grande contava com aproximadamente, 80 equipes de saúde formada, por uma força de trabalho com vínculo formal e legal de trabalho dentro do serviço público. Em março de 2007, com a pesquisa em andamento, o município faz cumprir a Emenda Constitucional nº 51, de fevereiro de 2006, que autoriza aos estados, Distrito Federal e municípios incorporarem os ACS como trabalhadores efetivos do serviço público, desde que tenham sido contratados anteriormente, através de seleção pública simplificada. O município de Campina Grande efetiva todos os trabalhadores já integrados ao PACS e a ESF, sem a obrigatoriedade de realização de concurso público, em virtude de que o ingresso desses trabalhadores foi através de seleção pública simplificada.

Esta realidade da ESF de Campina Grande apresenta uma condição particular que possibilitou buscar as respostas para as indagações e inquietações que motivaram este estudo. São elementos empíricos reveladores do movimento contraditório do processo de gestão do trabalho no serviço de saúde e que é

necessário articular vários elementos como definidores da desregulamentação do trabalho e que se anuncia um processo conflitivo para superação do trabalho precário no campo da saúde.

4.2 A Estratégia Saúde da Família de Campina Grande e sua força de trabalho: o perfil das equipes de saúde e as novas exigências para o trabalho em saúde

A compreensão das particularidades da desregulamentação do trabalho na experiência da ESF de Campina Grande tem maior significância se pudermos identificar quem são esses trabalhadores de saúde e como eles vêm desenvolvendo suas práticas de saúde. As informações empíricas reveladas por eles demonstram um perfil peculiar desta força de trabalho e nos indicam que novas exigências vêm sendo colocadas para o trabalho.

4.2.1 O perfil das Equipes de Saúde da Família

Como apresentamos no item anterior, o município de Campina Grande¹¹¹ integra o conjunto de municípios que desde 1994 acumula uma experiência na construção e ampliação da ESF nestes últimos quinze anos. É inconteste sua evolução e significado no cenário nacional, em que pese às investidas ao longo de sua história de ações de desestruturação gerencial, mas mantém-se atuando junto às demandas da população, incorporando força de trabalho e resistindo na perspectiva de construção de um sistema de saúde de qualidade.

Dentro do desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o município constitui-se como polo de saúde para o Estado. Ele é sede de uma das

¹¹¹ O município de Campina Grande se situa na Região do Agreste Paraibano entre o litoral e o sertão nordestino na denominada Serra da Borborema. Possui área total de 970 km, tem clima equatorial semi-árido e temperatura média de 22°. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006), sua população chega a 379.871 habitantes, com uma taxa de crescimento de aproximadamente 0,8 % ao ano. Conta com cinco distritos: Boa Vista, Catolé, São José da Mata, Santa Terezinha e Galante. Cruzamento dos caminhos que levam ao sertão e ao litoral, garganta do Cariri, Campina Grande se constituiu num grande pólo de comercialização, de farinha de mandioca, algodão e sisal. A economia campinense tem se fundamentado historicamente no setor de serviços. Representa hoje um importante pólo econômico, científico, cultural e sanitário para o Estado e a região onde esta inserida.

quatro macro-regiões de saúde do estado que congrega cerca de 170 municípios responsabilizando-se pelo atendimento de mais de um milhão de pessoas nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade (BRANDÃO, 2009). Assumiu desde 1998 a gestão plena do sistema e sua rede de serviços é composta por instituições públicas, filantrópicas e privadas distribuídas em seis Distritos Sanitários de Saúde. De acordo com Brandão (2009), os serviços de saúde no município são desenvolvidos a partir da execução de programas priorizados como modelo de atenção à saúde. No município existem 113 estabelecimentos de saúde, distribuídos em: 07 Centros de Saúde, 92 Equipes de Saúde da Família¹¹² e 14 unidades hospitalares, além de 02 Núcleos de Vigilância Epidemiológica implantados no Hospital Regional e Hospital Universitário Alcides Carneiro.

A ESF teve início em Campina Grande integrada às 12 experiências pioneiras implantadas no Brasil no começo dos anos 1990, inserindo inicialmente cinco equipes de saúde, localizadas em dois bairros indicados pelos padrões epidemiológicos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No momento da realização da pesquisa, o município contava com 80 equipes de saúde da família e 04 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas nos seis distritos sanitários contemplando zona urbana e zona rural. Integra a equipe técnica médico, enfermeira, assistente social, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde. Esta composição corresponde ao que denominamos de uma equipe técnica “completa” nos moldes propostos para as ações de saúde no município, que nos serviu como parâmetros para nossa amostra.

Entretanto, atualmente existem diferenciações nesta composição, nem todas as equipes contam com o conjunto dos profissionais, estando ausente das equipes, geralmente, o cirurgião-dentista e assistente social. Esses profissionais, muitas vezes, acompanham as ações de forma parcial e fragmentada tendo que dar cobertura a duas equipes, como é o caso do cirurgião-dentista, e a quatro equipes ou mais, como é o caso do assistente social.

Como a composição das equipes não é uniforme, o quantitativo de profissionais é diferente existindo no momento da pesquisa, 80 médicos, 84

¹¹² Esses dados atualizados do número de equipes de saúde da família correspondem ao primeiro semestre de 2009. Os dados que referenciam o estudo dessa tese contabilizam no primeiro semestre de 2008 o quantitativo de 80 equipes de saúde da família.

enfermeiras, 80 auxiliares de enfermagem, 10 assistentes sociais, 28 cirurgiões-dentista, 28 auxiliares de consultório dentário e 367 agentes comunitários de saúde. Contemplando a distribuição geográfica do município a ESF conta com 71 equipes na zona urbana e 9 na zona rural.

O quadro abaixo apresenta um demonstrativo da distribuição das equipes de acordo com sua composição, vejamos:

Quadro 1 - Distribuição da composição das equipes de saúde da ESF de Campina Grande, Campina Grande, fevereiro de 2008

ESF básica*	ESF com saúde bucal**	ESF com Serviço Social***	ESF Equipe completa	PACS	TOTAL de equipes
18	13	21	28	04	84

Fonte: Dados coletados do SAAB/Secretaria de Municipal de Saúde de Campina Grande

*Equipe técnica composta por: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

** Equipe técnica composta por: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário.

*** Equipe técnica composta por: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e assistente social.

As informações apresentadas neste quadro precisam ser observadas destacando os seguintes aspectos:

1) Do total das 80 equipes de saúde da família apenas 28 equipes atuam com uma composição integral, que excede a equipe básica. Neste caso, integra o trabalho de saúde bucal e do serviço social;

2) Por outro lado, temos 34 equipes que atuam integradas ou só com o trabalho de saúde bucal, ou só com o do serviço social. Neste caso, a organização das práticas de saúde apresenta diferenças significativas e o tipo de atendimento corresponde às possibilidades de atuação de cada equipe e;

3) Temos 18 equipes que atuam apenas com a equipe básica e 04 equipes que ainda atuam com o PACS, contando neste caso apenas com a enfermeira e os ACS.

O fato de 28 equipes atuarem contando com uma equipe técnica completa, mascara uma situação peculiar para dois profissionais. No caso do cirurgião-dentista o profissional trabalha em uma unidade de saúde, mas fazendo cobertura a duas equipes de saúde da família. Sua demanda é bem mais significativa, pois sua cobertura atende em média a um universo de 1200 a 1800 famílias, considerando-se a soma das famílias que as duas equipes de saúde fazem a cobertura. É uma demanda excessiva que implica em sobrecarga de trabalho para o profissional e repressão de demanda, pois esta é excessivamente maior que a capacidade de oferta do serviço de saúde bucal. Isso é bem expresso pelos profissionais que trabalham com saúde bucal:

Eu acho que esse modelo de uma equipe de saúde bucal para duas está completamente difícil de trabalhar. Aqui seria em torno de 1700 a 1800 famílias, juntando as duas equipes [...]. Então é um universo muito grande para a saúde bucal, especialmente dá conta.

Aqui é complicado, porque é uma equipe só. Dificulta demais! Você toda hora tem que dá um jeitinho, dizendo que infelizmente não dá, que ela vai ter que esperar mais um pouco só na próxima marcação.

Outra situação que esses dados ocultam é a do assistente social. A ESF conta com um quantitativo de profissional muito restrito, 10 assistentes sociais, mas que aparecem atuando em a aproximadamente 40 equipes de saúde. O quadro demonstra que somando as equipes de saúde completas e as que têm agregada apenas os assistentes sociais, este número chega a 49 equipes. São apenas 10 profissionais para atender a quase 50 equipes, o que daria uma média de cinco equipes para cada profissional. É importante destacar, que nestes moldes sua inserção se dá de forma parcial e fragmentada junto às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes em virtude de acompanharem, segundo o próprio relato dos profissionais, em média entre 4 equipes a 7 equipes. As informações não visualizam que os assistentes sociais mantêm esta cobertura em virtude de fracionarem sua carga horária de 40 horas semanais, para atender uma demanda que corresponde no mínimo a aproximadamente 2400 famílias. O relato da trabalhadora entrevistada demonstra as condições degradantes desses profissionais:

No caso específico do Serviço Social, o trabalho está mais que precarizado. Se precarizar mais do que isso vai acabar [...]. Estou com seis equipes, cada equipe tem em média 550 famílias [...]. A equipe que a gente tem menos famílias [...] tem 430 famílias, mas a maioria é de 550 famílias.

Esse fracionamento do trabalho do serviço social também é percebido por outros membros da equipe que se ressentem da ausência do assistente social para compor as ações de promoção à saúde. Este relato retrata esse fato:

Porque assim, é muita equipe pra uma pessoa só dá conta. Então fica muito difícil a pessoa fazer um trabalho, fica muito difícil. [...] Ele (*se referindo ao assistente social*) só vem aqui na primeira terça-feira do mês e meio expediente. Quer dizer, dá pra fazer o que? Nada. Nem que ele queira fazer alguma coisa, não dá. Nesse concurso diminuíram os assistentes sociais, mas a comunidade precisa do assistente social.

Essas peculiaridades nocivas que envolvem o trabalho desses profissionais serão tratadas com maiores detalhes quando articularmos as condições de trabalho das equipes e os indicativos de sua precarização. Apresentamos essas informações neste momento apenas para explicitar melhor os dados e delinear o perfil das equipes.

Essas informações nos servem para compreender que a ESF apesar de apresentar um maior número de equipe técnica completa, as têm sob condições contestáveis. Ter como indicativo um número maior de equipes com um potencial de intervenção mais qualificada, a partir da composição de seus profissionais, não revela em que condições objetivas de trabalho eles estão atuando.

Com esta distribuição que apresentamos as equipes de saúde atuam, segundo dados do SIAB de julho de 2008, fazendo uma cobertura a 55.268 famílias cadastradas, representando uma população de 215.352 pessoas, significando um percentual de 75,22% da cobertura populacional. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o número de famílias que uma equipe deve fazer a cobertura, corresponde a um grupo de 600 a 1000 famílias (BRASIL, 1998). Os profissionais das equipes entrevistadas acompanham um pouco a média prevista pelo Ministério,

mas relatam que quando há um grande volume de demanda, esta compromete a qualidade do trabalho, especificamente, quando o número excede as 600 famílias.

De acordo com os estudos realizados no ESF de Campina Grande por FARIAS (2005) e CARNEIRO (2008), a ampliação das equipes de saúde ocorreu de forma gradual, acompanhando uma política de gestão municipal que interferiu no processo de expansão da ESF considerando as prioridades de saúde elencadas por seus gestores. Como apresentam esses estudos, entre o período de 1994 a 2002 houve uma expansão de apenas mais 7 equipes de saúde, totalizando no final de 2002, 12 equipes de Saúde da Família integrando a rede básica de saúde do município. Como comenta Farias (2005), a despeito de sua experiência exitosa, a ampliação da ESF sofreu as consequências de, em momentos de sua história, não ser incluída como prioridade nas ações de saúde municipais, e a alternativa foi:

Sem apoio político e técnico, ficamos órfãos, marginais, loucos solitários lutando para provar a viabilidade e a importância de um projeto capaz de garantir o acesso e inclusão social da população. Muito sofrimento, mas também muito crescimento. Viramos ONG. Assumimos as rédeas do nosso projeto, nos articulamos, nos organizamos e investimos pesadamente na divulgação do trabalho como estratégia para acumular, como diz Eugênio Vilaça, capital político suficiente para protegê-lo dos inimigos, que eram muitos. (FARIAS, 2004, p. 39).

Isso registra um movimento de resistência que teve como maior protagonista a Associação dos Profissionais do Saúde da Família, criada em 1998, que assumiu como perspectiva política mais que a defesa dos direitos dos trabalhadores, a defesa intransigente da expansão e consolidação da ESF no município. Os profissionais da ESF passaram a assumir uma militância na defesa do projeto da ESF de Campina Grande.

Esta vinculação dos profissionais das equipes de saúde, articulado a uma militância política demonstra que a ampliação e consolidação da ESF de Campina Grande foi marcada por uma forte militância política de sua força de trabalho no sentido de garantir sua expansão e qualificar as ações de saúde. Por acreditarem na real efetividade das ações de saúde da ESF, os profissionais assumiram uma conduta de resistência para garantir a manutenção da proposta e mostrar a viabilidade de sua expansão.

Dando sequência a exposição das particularidades expressas no perfil das equipes, as informações coletadas nos permitiram identificar um bom nível de formação profissional desses trabalhadores. É reconhecido pelos estudos de recursos humanos no campo da saúde que o setor tem apresentado um dos melhores perfis de qualificação profissional dentre as ocupações inseridas no mercado de trabalho. Isto certamente corresponde aos mecanismos de proteção legal ao exercício das profissões e das exigências técnicas requeridas pelos conselhos profissionais. A composição da força de trabalho em saúde mostra índices significativos de alta escolaridade e prevalência de uma faixa etária superior aos 25 anos, isto resultado do peso institucional das regulamentações das profissões que exigem maior nível de escolaridade. Muito embora, este nível de formalização nem sempre assegure relações de trabalho favoráveis, em virtude do crescimento de contratos flexíveis firmados com cooperativas de trabalho e/ou associações que, ao tempo em que promovem elevação salarial, oferecem baixa proteção social.

Esta configuração de boa qualificação na formação profissional também se expressa na realidade da ESF de Campina Grande, muito embora, como veremos mais adiante, isso também não corresponda à garantia de relações de trabalho favoráveis aos trabalhadores.

A partir das informações coletadas nas entrevistas, a força de trabalho da ESF mantém a tendência de um bom nível de formação profissional, começando pelas ACS que além do segundo grau completo, têm o curso técnico de auxiliar de enfermagem. Os profissionais de nível superior entrevistados, todos apresentam pós-graduação *lato sensu* nas áreas diretamente relacionadas a sua atuação, como Saúde Pública, Saúde da Família, Saúde Mental, Residência Médica, tendo também uma que cursa o Mestrado em Enfermagem. Por outro lado, as auxiliares de enfermagem e as auxiliares de consultório dentário têm, obrigatoriamente, a qualificação de técnico em sua área específica, seja como técnico auxiliar de enfermagem, ou técnico auxiliar de consultório dentário. Este potencial de qualificação corresponde à particularidade do setor saúde de incorporar uma força de trabalho que mantenha um elevado nível de qualificação.

Entretanto, este perfil de qualificação não assegura uma atuação compatível com as requisições técnicas específicas para a atuação na ESF. O relato das entrevistadas demonstra que, por ocasião do concurso, foi incorporado um

significativo quantitativo de trabalhadores que não tinham nenhuma qualificação específica para trabalhar na atenção básica. Esses trabalhadores não passaram por um treinamento Introdutório, condição essencial para apreender as especificidades da atuação da ESF. No relato a seguir podemos perceber as repercussões negativas do despreparo para atuar numa atividade específica no campo da saúde.

Muita gente que entrou não tem nenhuma qualificação. Nem na saúde da criança, nem na saúde do adulto, em nada. Isso baixa a qualidade do serviço. [...] A maioria dos auxiliares de enfermagem não sabiam fazer vacina, que é uma das atividades mais importantes realizadas na atenção básica. [...] Não houve Introdutório... Minha auxiliar entrou sem nenhuma noção de PSF [...].

Quando você faz uma qualificação além de você atender melhor, com mais ciência, mais tecnologia, você passa isso pros agentes. Os agentes comunitários passam a ser mais sensibilizados... Há um efeito dominó.

É importante considerar que existe uma complexidade nas formas de atenção à saúde que precisam estar acompanhadas de trabalhadores capacitados para atender as demandas específicas daquele nível de atenção. A ESF encontra-se no nível da atenção básica e esta requer ações específicas que envolvem a atuação deste o médico ao ACS. O treinamento Introdutório, que deve ser realizado antes da inserção da equipe na área de trabalho, não foi realizado com os trabalhadores que ingressaram com o concurso de 2006. Isso é confirmado pelo depoimento desta auxiliar de enfermagem.

A gente assumiu num dia e no outro já era pra começar. Eu não tinha a menor noção do que era o PSF.

Fica evidente que a ausência da capacitação emerge como um elemento que compromete a qualidade do serviço e que não deve ser negligenciada a despeito de apresentar-se como um indicador de precarização do serviço e do trabalho em saúde.

Como outro traço peculiar a esta força de trabalho encontramos a presença predominante de mulheres inseridas nesta atividade. Os dados relacionados ao quantitativo geral de trabalhadores da ESF demonstraram que para todas as categorias profissionais a presença feminina é igual ou superior a 80% em relação ao total de trabalhadores. Para o caso específico das enfermeiras esta presença chega a 90%. A presença do trabalho feminino na saúde tem sua relação

com a ampliação do mercado de trabalho no setor saúde principalmente nas ações relacionadas à atenção básica de saúde.

4.2.2 As equipes de saúde e as novas requisições para o trabalho

Para complementar a caracterização do perfil das equipes de saúde apresentamos mais dois aspectos que aparecem como novas requisições para a força de trabalho em saúde nesta atividade. Um elemento é passível de destaque no depoimento das entrevistadas: o reconhecimento de que a ESF potencializa uma atuação mais qualificada junto às demandas dos usuários. Fica claro que existe um domínio e uma clareza desses trabalhadores sobre o papel da ESF na organização dos serviços de saúde. Para eles atuar na ESF exige um diferencial, que se expressa na potencialidade da contribuição de sua ação profissional na efetivação do trabalho coletivo para as ações de saúde.

Em que pesem as condições objetivas e subjetivas de trabalho¹¹³, que vêm restringindo sua capacidade de atuação, esses trabalhadores sabem o que estão fazendo e por que estão fazendo.

As informações registradas revelam que para atuar numa ação centrada na família inserida no contexto da comunidade requer novas atribuições para o trabalhador de saúde. É importante ter clareza da abrangência de suas ações de forma a orientar as práticas de saúde neste campo. Esses depoimentos são indicativos dessa nova requisição.

Tratar a família como um todo. Hoje a gente trabalha como um todo. Dá importância a criança até o pai e a mãe.

O diferencial pra mim é o acesso à família, é conhecer o indivíduo dentro da sua estrutura familiar. Que muitos hoje em dia discordam, que o PSF não faz isso, mas é. Quando a gente está na prática, a gente sabe, a gente sente exatamente qual a importância desse conhecer o indivíduo dentro da sua família, de seu núcleo familiar.

¹¹³ Ao referirmos às condições objetivas e subjetivas de trabalho, consideram-se aspectos relacionados diretamente as condições efetivas do trabalho como elementos que envolvem e interferem na realização dele. Neste sentido, estamos considerando condições objetivas ao nos referirmos: ao local de trabalho; as condições materiais necessárias à realização das atividades; o acesso a meios e instrumentos; o ritmo do trabalho; e o desgaste decorrente do trabalho. Quanto a condições subjetivas consideramos: a relação com os usuários, com a chefia e com outros profissionais, a clareza do seu papel profissional e suas atribuições específicas.

O discurso dessas trabalhadoras reflete uma compreensão da direção a ser assumida pelo conjunto de suas ações, localiza os objetivos e delimita o alcance de suas práticas. Este é um conhecimento fundamental, que se transforma em um instrumento de trabalho, requisito importante do trabalho em saúde, tanto para desvendar as demandas dos usuários por saúde, como também instrumento de crítica quando as ações propostas tendem a fugir do foco defendido e compreendido por seus trabalhadores. Ter clareza sobre os objetivos de sua ação potencializam as reações de resistência.

O relato documentado na pesquisa reafirma a centralidade do trabalho humano na saúde. Revela a sua dimensão particular que direciona e conduz as ações de saúde, a partir de opções tecnológicas produzidas pelo saber e conhecimento de seus trabalhadores, como reconhece Merhy (1997, p. 126). Como analisamos no capítulo segundo, a força de trabalho em saúde tem a particularidade de lançar mão do que de melhor a tecnologia em saúde lhe fornece, o saber e o conhecimento (MERHY, 1997). Entretanto, esse saber e conhecimento podem também ser requisitados de forma a atribuir ao trabalhador uma responsabilidade sobre os resultados das ações, desconsiderando as condições objetivas e subjetivas de trabalho. Desconsiderando as condições precárias de trabalho.

É possível identificar que a atuação desses trabalhadores requer a incorporação de um preceito muito caro a ESF, que é “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1998, p.7). Existe um forte apelo institucional no tocante ao *vínculo com o usuário*¹¹⁴, que é recuperado como uma nova requisição, entretanto é uma das particularidades do trabalho em saúde, a relação direta entre o trabalhador e o usuário. Uma relação de *intersecção compartilhada*, como diz Merhy (1997), em que se efetiva o encontro entre os *sujeitos*, trabalhador de saúde e usuário.

É esta *relação* que recebe maior significância na ESF e que tem direcionado a lógica para as ações de atenção básica, estabelecendo um pacto de

¹¹⁴ O *vínculo com o usuário* expressa o conceito de *acolhimento* que segundo Merhy (1997), tem uma dimensão particularizada quando se trata da saúde. De acordo com Merhy o acolhimento na saúde deve ser compreendido como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, “vai além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” referido no uso comum. *Acolhimento* na saúde “passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para reinventar a qualidade da assistência” (MERHY, 1997, s/p).

compromisso com os trabalhadores que descontextualiza as reais condições de trabalho e remete para esses a responsabilidade pela efetivação das ações.

As trabalhadoras entrevistadas percebem a dimensão de suas ações e reconhece que o estabelecimento do vínculo com o usuário não assegura as ações de promoção e prevenção requisitados para ESF. É fundamental que a gestão dos serviços também esteja organizada de forma a oferecer condições de efetivo exercício das atividades. Os depoimentos a seguir relatam alguns aspectos dessa realidade.

Aqui a gente vê o atendimento das pessoas. Mas também, não só da pessoa, do ambiente em que está inserido, da família, da comunidade, mas sem ser voltado só pro aspecto curativo, só pro aspecto assistencial. Isso, no sentido do que deveria ser! Pelo menos, a maior parte do trabalho seria aquela parte mais preventiva, educativa. Nem sempre é o que vai acontecer na realidade.

Eu ainda acredito no Saúde da Família como uma proposta realmente, uma proposta de reestruturação, como o Ministério gosta de colocar, da Atenção Básica [...] Como uma proposta de um trabalho mais comprometido. Agora desde que a gente tenha as condições necessárias, desde que os profissionais tenham as condições necessárias. [...] Se ele tiver as condições de trabalho como deve ter, de um posto melhor aparelhado em termos técnicos, de medicação... Então ele se envolve com o trabalho. Então, eu acredito no Saúde da Família por conta desse envolvimento.

É possível perceber que ao reconhecer a direção de suas ações, também se reconhecem os limites e possibilidades do trabalho. O trabalho em saúde ocorre sob determinadas condições institucionais e as ações profissionais são influenciadas por elas. Para incorporar a direção preventiva característica da atividade da ESF, envolve muito mais que empenho e compromisso dos trabalhadores, são necessárias condições gerais de trabalho e isso é identificado por esses trabalhadores. Estabelecer uma *relação de vínculo* com a população usuária não é suficiente para resolver os problemas de saúde da população. Como destaca Merhy (1997), este vínculo só se materializa na prática quando o serviço garantir acesso a todas as ações de saúde, na medida das necessidades dos usuários, com bom acolhimento, resolutividade e responsabilidade para com a saúde da população. O conhecimento que instrumentaliza o trabalho em saúde, também lhe serve de crítica.

Outro elemento que podemos destacar no perfil da força de trabalho da ESF é a requisição para o trabalho coletivo. É uma particularidade da atividade em

saúde, este trabalho combinado, em que a cooperação é uma condição orientadora da abordagem multiprofissional requerida para atuação na ESF. O planejamento e execução das ações de saúde devem ter como parâmetro este trabalho em cooperação, em que a divisão sociotécnica do trabalho se materializa na separação das tarefas, mas que articuladas concretizam os efeitos das ações em saúde. O sentido da cooperação integrada às ações de saúde da ESF caracteriza uma divisão do trabalho que determina o estabelecimento de uma relação da equipe entre si e desta com os usuários.

Costa (1998, p. 48) lembra que o atendimento de uma necessidade de saúde pode ser mediatizado por atos parciais que envolvem ações que variam em níveis de complexidade, tendo em vista a necessária complementariedade e interpenetração entre distintos processos de trabalho. É uma fragmentariedade que corresponde à particularidade do trabalho em saúde e que apresenta-se no cotidiano da prestação dos serviços.

Existe um fundamento importante nos relatos que se referem à identificação de que o desempenho de cada atividade específica interfere no conjunto das ações da equipe de saúde. Aparece um elemento de valorização do seu próprio trabalho e também o reconhecimento de sua importância para o trabalho coletivo. Podemos refletir sobre isso, a partir desses depoimentos:

O ACS é quem descobre tudo. O ACS é o alicerce de uma casa [...] Porque você está ali, você convive na comunidade, você mora aqui na comunidade, você sabe quem morreu, quem saiu, quem está vivo, quem está doente.

Há uma interligação quando o agente comunitário traz um problema [...]. Então assim, muitas vezes dependendo da gravidade do problema que ele encontra, uma doença, [...], ou fome, ou uma situação de violência. Um agravo, não precisa ser uma doença [...] Então assim, é importante que toda equipe fique sabendo.

Essas informações demonstram que essas trabalhadoras percebem a importância do seu papel na divisão do trabalho da equipe e isso também permite apreender a dimensão do trabalho coletivo em saúde. Muito embora ainda prevaleça a perspectiva de um processo de trabalho em saúde organizado para promover o convívio, no mesmo espaço institucional de um grupo de trabalhadores que formulam e de outros que executam (COSTA, 1988, p.47).

Os depoimentos apresentados acima também apontam uma tendência de romper com esta forte hierarquia do processo de trabalho em saúde, em que as funções mais complexas e intelectuais estão centralizadas nos profissionais de maior qualificação, enquanto para uma ampla base de auxiliares resta apenas operacionalizar as ações. O conhecimento detalhado da realidade dos usuários faz com que o ACS assuma um papel significativo no trabalho coletivo.

Entretanto, esta não é uma relação harmoniosa para o conjunto das equipes de saúde da família. Podemos nos remeter aos argumentos de Nogueira (1994), que nos lembra que a divisão social do trabalho na saúde articula, numa ação conjunta, profissionais, que por tradição podem operar de forma isolada e autonomamente, como médicos e dentistas, ao tempo em que promovem uma redivisão de tarefas realizadas pelos auxiliares de enfermagem, por exemplo.

Na conformação das equipes de saúde da ESF isso também é passível de ocorrer, principalmente quando uma ação articulada pelo conjunto da equipe não é valorizada pelos profissionais. Desta forma, as ações ocorrem de forma isolada e fragmentada sem o envolvimento da equipe como um todo.

Os depoimentos a seguir exemplificam esta realidade.

A gente diz que hoje aqui não é mais PSF! Porque PSF a gente trabalha com agendamento. [...] A gente trabalhava cada dia com um agendamento. Tudo era agendado, tudo era planejado. Hoje em dia não existe mais isso. Hoje em dia a equipe não faz mais visita. [...] Hoje em dia o paciente chega aqui a hora que quer, é atendido a hora que quer.

É muito ruim você não ter capacidade de discutir o dia a dia dentro da equipe [...]. A falta de iniciativa de pessoas da equipe, de pessoas que podiam contribuir mais. [...] Cada um faz o seu... Eu acho isso esquisitíssimo

A divisão e o parcelamento do trabalho na ESF podem ser revertidos em algo enriquecedor do trabalho em saúde, desde que o trabalho coletivo seja assumido como uma proposta, não só de uma equipe de saúde específica mas, como direcionamento de uma gestão estratégica de ações de saúde que valorize o potencial de sua força de trabalho. A interação entre os diferentes saberes se complementa e dinamiza a constituição de novas práticas de saúde.

As particularidades do perfil das equipes de saúde da família que apresentamos, indicam tendências que o aproximam dos traços característicos mais gerais dos trabalhadores do setor saúde. Entretanto, também, percebemos que

existem traços muito peculiares a esta força de trabalho relacionadas as novas exigências do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica. As requisições para a atuação de um trabalho em equipe, que valorize o vínculo com a comunidade e, que estabeleça uma relação de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais e usuários têm colocado novas exigências para as ações efetivas desses trabalhadores.

Essas novas requisições devem ser pensadas articuladas ao conjunto de determinações impostas para o setor saúde. É uma força de trabalho que é convocada insistentemente para pensar e agir sobre um projeto de ações de saúde com objetivos finalísticos de reverter às condições de vida e de saúde da população. Entretanto, a direção política de gestão do SUS, como também das políticas sociais como um todo, traduzem, como vimos, uma maré reversa que se expressa também no âmbito local, na realidade dos municípios, que inviabilizam a universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde.

Como resultado desta contradição, as formas de gestão da força de trabalho têm se traduzido em duas dimensões: a dos discursos expressos nos documentos oficiais, que poderíamos indicar como um *deve ser*, e o que realmente tem se concretizado como gestão da força de trabalho no setor saúde.

Em que pese todas as limitações da estrutura municipal, elegemos a realidade da ESF do município de Campina Grande como um universo para analisar a conformação do trabalho em saúde, eivado pelas determinações gerais que flexibilizam e precarizam a força de trabalho no setor. Identificando as particularidades do trabalho na ESF podemos indicar de que forma tem se concretizado a gestão da força de trabalho, e traduzir as formas concretas da desregulamentação do trabalho no setor saúde.

4.3 Os fios que tecem a flexibilização e precarização do trabalho no serviço de saúde – os indicativos da (des)regulamentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família

A construção dos argumentos que envolvem a flexibilização e precarização do trabalho no serviço de saúde se apóiam, neste momento, nas evidências empíricas reveladas na experiência da ESF de Campina Grande/PB. Os elementos da realidade expressos no cotidiano do trabalho das equipes de saúde

ajudaram a delinear a síntese do que estamos indicando como nova conformação da força de trabalho em saúde e constituem-se como referência para analisar novas e antigas requisições para atuação da força de trabalho no campo da saúde.

As mudanças indicadas no campo dos serviços de saúde que apresentamos no segundo capítulo deste estudo, revelam as características do trabalho nesses serviços redesenhando o perfil de suas atividades e as particularidades do trabalho em saúde. A análise documental registrada no terceiro capítulo indica novas bases de regulamentação para o trabalho nos serviços públicos e isso interfere diretamente nos serviços de saúde e na força de trabalho contratada no âmbito municipal. A partir dos argumentos analisados no decorrer deste estudo, propomos estabelecer, neste momento, uma mediação com as informações empíricas da pesquisa retratando a real conformação do trabalho em saúde e os rebatimentos sobre esta força de trabalho das atuais exigências de adequação dos serviços de saúde a uma lógica mercantil.

4.3.1. A particularidade do processo de trabalho

É na dinâmica do processo de trabalho que se revela um traço característico, peculiar ao trabalho em saúde. É na efetivação desse processo de trabalho que se concretiza a relação imprescindível entre trabalhador e usuário. É nela que se processa a potencialidade de intervenção e interação numa determinada situação ou atividade, e que tem como condição fundamental a centralidade do trabalho humano na efetivação das ações de saúde.

Hoje o processo de produção de serviços de saúde, esteja ele relacionado à atenção básica ou não, passa como vimos, a assumir uma nova modelagem. Ele incorpora os avanços técnico-científicos de procedimentos, equipamentos e medicamentos à utilização intensiva do fator trabalho, o que significa modificações nas formas de organização do trabalho e na própria natureza do trabalho. Mesmo as ações de saúde de menor complexidade, como as da ESF não passam ilesas a este movimento mais geral.

As formas de organização do trabalho e a natureza do trabalho mantêm as características gerais dos serviços de saúde, mas na ESF apresentam uma conotação diferenciada que se coaduna com as diretrizes impostas por um modelo

de saúde pautado na contenção de gastos e na economia e desvalorização de sua força de trabalho. Neste sentido, o trabalho na ESF apresenta algumas particularidades.

A proposta de reorganização das práticas de saúde requeridas para a ESF tem na sua operacionalização uma equipe básica de saúde, ou mínima, como lembra Merhy (1997). É uma configuração de equipe de saúde que para responder a uma “cesta básica” de serviços integra uma composição mínima de profissionais para atender a complexa e diversificada demanda da população¹¹⁵. Nesta direção, estrutura-se uma equipe básica de saúde com características de racionalização dos custos com a força de trabalho. Nesta conformação, a força de trabalho assume um conjunto de ações que lhes são requisitadas exigindo a reorganização do seu processo de trabalho.

A organização do processo de trabalho na atividade da ESF tem como referência duas dimensões: um processo de trabalho da equipe, que corresponde à organização e planejamento das atividades integralizando os processos de trabalho de cada trabalhador e; o processo de trabalho pensado e projetado por cada trabalhador, a partir da sua especificidade profissional.

Para esta conformação do processo de trabalho da equipe de saúde são requisitadas um conjunto de ações que correspondem a: conhecer a realidade das famílias com destaque para as características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde e as situações de risco da população adscrita; prestar assistência integral com ênfase na promoção da saúde; elaborar, com a participação da população usuária, um plano local para enfrentamento dos problemas relacionados com o processo saúde doença e; resolver, através da referência e contra-referência os principais problemas detectados na área de abrangência (BRASIL, 1996, p. 14).

A partir destas atribuições indicadas para as equipes é possível perceber que existem novas requisições colocadas para os trabalhadores de saúde que exigem um perfil de um profissional habilitado para trabalhar com um enfoque na prevenção e promoção a saúde. Há uma requisição clara de um trabalhador que supere o enfoque biomédico e incorpore à sua ação processos educativos que

¹¹⁵ Como vimos esta equipe é formada prioritariamente por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS. Também integram a essa equipe, ainda de forma parcial, o cirurgião dentista, o ACD e o assistente social.

redimensionem as práticas centradas na doença. Isso fica evidente quando é requisitado como base de atuação para todos os componentes da equipe de saúde atividades como: visitas domiciliares, acompanhamento de internação domiciliar e participação em grupos comunitários.

A forma de organização do processo trabalho na equipe da ESF denota uma peculiaridade, pois articula uma ação referenciada na equipe mas, também preserva uma atribuição específica para cada trabalhador. É a dinâmica do processo de trabalho que se dá no cotidiano dos trabalhadores de saúde, que poderá revelar uma recondução das práticas de saúde bem como, a emergência de novas exigências e competências para esse trabalhador. Este será o caminho para revelar a conformação do processo de trabalho na ESF e seus indicativos de precarização.

Na direção dessa reflexão recuperamos as atribuições indicadas pelo Ministério da Saúde para cada componente da equipe e estabelecemos uma relação com os processos de trabalho efetivamente realizados pelos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as).

Ao médico é requisitado atender a todos os componentes da família, independente de sexo ou idade, o que exige uma formação generalista. Deve, segundo o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), executar ações de assistência à criança, idoso, ao adulto, ao adolescente, à mulher e ao trabalhador, devendo prestar assistência a pequenas cirurgias ambulatoriais e os primeiros cuidados em urgências; valorizar a relação médico-paciente como parte do processo terapêutico; executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária e; participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

Efetivamente na realidade da ESF, foi possível observar que ao descrever o processo de trabalho médico é visível a relação estreita com o processo de trabalho da equipe, mas esta relação revela os primeiros indicativos de uma fragmentação das ações e da centralização no foco curativo e da quebra da integralidade no atendimento. Vem se configurando um processo de trabalho centrado na doença, numa ação direta e individualizada do profissional.

No momento em que questionamos como o processo de trabalho está organizado e qual a atividade mais requisitada para o trabalho do médico as respostas revelam os indicativos referidos acima:

A consulta, consulta, consulta...

Tem o atendimento médico, o da enfermeira e o atendimento da auxiliar de enfermagem. Isso tudo existe: o atendimento na unidade, na maior parte do tempo. Existe o atendimento no domicílio, um paciente que não pode vir [...] aí a gente vai atrás fazer a busca.

Mas as atividades educativas, sinceramente, está mais no papel do que na prática. Que seriam as atividades em grupo, de sala de espera e que aqui a gente não tem feito. Não tem feito realmente, o grupo tem sido pra entrega de medicação basicamente.

Aqui eu acho que estou fazendo muito o papel antigo. Eu não sei se é porque aqui a população é mais carente, adocece mais, aí você tem que correr atrás de curar, não tem tempo pra trabalhar a prevenção. Eu como médica, de certa forma, entrego mais a prevenção para a enfermagem. É lógico que eu também faço. Mas na outra equipe onde eu trabalhava antes, eu trabalhava mais a promoção e prevenção, o médico participava bem. Aqui eu fico mais com a parte curativa.

Esses argumentos denotam que o processo de trabalho médico, e também dos demais trabalhadores como veremos adiante, é determinado também pela forma de organização dos serviços e das prioridades demandadas pela gestão da política de saúde municipal. É um processo de trabalho que está centrado no atendimento individualizado não diretamente por definição e opção do trabalhador e da equipe, mas tem a ver com as requisições impostas à sua atividade e às condições objetivas para sua execução, esteja ele organizado individual ou coletivamente. Podemos refletir sobre isso, a partir desses depoimentos das médicas.

Eu creio que na gestão anterior os profissionais eram muito estimulados. Trabalhavam muito esse papel importante na prevenção, na promoção. E na gestão atual, é lógico que eles falam... Mas eles exigem mais, a cobrança maior é no atendimento ao que está doente. [...]

Mesmo não tendo aquela demanda espontânea exagerada, você não tem tempo, você não é estimulado a trabalhar como trabalhava antes.

Aqui eu praticamente não tenho tempo de trabalhar a prevenção.

Aqui o grupo tem sido pra entrega de medicação basicamente. O grupo do planejamento familiar aqui é mais difícil por conta das distâncias. Aqui ... a gente trabalha na sede mas tem as Âncoras do Monte Alegre, do Covão e do Olho d'água. A do Monte Alegre segue uma área de assentamento que é grande e muito distante do posto. É muito difícil e desumano dizer: Você só vai pegar anticoncepcional se você for pra reunião. Não tem condições de fazer isso!

Apresenta-se um processo de trabalho determinado pelas formas de organização do trabalho e pelas condições reais de sua execução.

Outro elemento de destaque na organização do processo de trabalho da equipe de saúde corresponde às atribuições requeridas para o enfermeiro. Para esse trabalhador, o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) demanda que seu processo de trabalho se efetive em dois campos: dentro da unidade articulada a equipe e, na comunidade acompanhando o trabalho dos ACS. No caso, o enfermeiro tem como algumas de suas atribuições básicas: executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações de capacitação com os ACS e auxiliares de enfermagem; oportunizar contatos entre indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar aspectos de educação sanitária; participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 1996, p. 16).

Esse conjunto de atribuições remete para o enfermeiro uma sobrecarga de atividades que se refletem na organização do seu processo de trabalho. Da mesma forma que o médico, seu processo de trabalho revela uma relação estreita com o processo de trabalho da equipe, embora incorpore na divisão do trabalho a centralização da organização do processo de trabalho da equipe e as atividades de prevenção e promoção na saúde. Os depoimentos abaixo demonstram um pouco esta tendência:

A gente divide as tarefas ofertando todos os serviços, muito baseado em cima das demandas que existem. Você planeja em cima do número de famílias e habitantes, aí a gente planeja o número de consultas que vai ser oferecida.

Existem as prioridades estabelecidas pelo próprio Ministério: o grupo materno infantil que é gestante, mulher em idade fértil, e a criança, principalmente menor de dois anos. Aí vem os grupos de risco, hipertensos e diabéticos, tuberculose e hanseníase, se houver na área [...].

Dentro desse processo está preconizado que deve trabalhar em equipe.

Pra enfermeira tem a assistência ao prenatal, consulta ginecológica - o citológico, acompanhamento da criança, visita domiciliar... A visita domiciliar é uma demanda muito grande pro enfermeiro.

A parte de organização dos serviços também é muito exigida. Que no projeto inicial do PSF deveria ser da equipe, mas hoje da forma como esta colocada, fica muito a cargo do enfermeiro. O enfermeiro acaba assumindo as funções administrativas.

Dentro desse processo de trabalho do enfermeiro, também se reflete a requisição de uma dimensão externa, mas relacionada com o acompanhamento do trabalho e capacitação dos ACS. Entretanto, uma reflexão é colocada pela profissional entrevistada ao refletir que se existe um processo de trabalho da equipe,

então este precisa ser construído coletivamente e não demandado e centralizado apenas no profissional enfermeiro. Vejamos:

Os agentes comunitários deveriam ser responsabilidade da equipe, mas não é uma coisa muito amadurecida
 Ele é responsabilidade da equipe, mas não é assim que funciona!
 É ele que esta em contato, em comunicação, num processo de construção com a equipe, não só com o enfermeiro.
 Acaba que... Quem acaba repassando alguma questão para o assistente social, pra médica, da médica para os agentes comunitários, pra a recepcionista... É a gente [*fala referindo-se a enfermeira*]. Então a gente fica assim meio que no centro. A referência na equipe para designar várias outras tarefas [...]
 Aí o enfermeiro acaba ficando como intermediador entre o agente comunitário e a equipe. Nisso já há uma quebra no processo de trabalho, no processo de construção [...] O saber sobre a população se quebra nesse momento.

Isso revela que a divisão do trabalho na ESF ainda é um aspecto que merece atenção pois, as requisições colocadas para o enfermeiro extrapolam as atribuições delimitadas pelas especificidades de sua atuação e incorporam as demandas pelo trabalho coletivo em saúde. O seu processo de trabalho é permeado de requisições demandadas a outros trabalhadores que incorporadas exigem um conjunto de habilidades e competências para respondê-las. Apresenta-se como um trabalhador polivalente que responde, entre outras coisas, pela organização dos serviços, pela assistência ao usuário, pela relação ACS e equipe de saúde e pela efetivação do trabalho de promoção e prevenção¹¹⁶.

Ainda buscando configurar as particularidades do processo de trabalho na equipe da ESF, apresentamos as atribuições do auxiliar de enfermagem e do auxiliar de consultório dentário, pois ambos têm sua ação delimitada na ESF e articulada respectivamente a ação da enfermeira e do cirurgião dentista. Desta forma, as atribuições previstas para eles incluem: executar os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso, bem como o controle da tuberculose, hanseníase, das doenças crônicas degenerativas; desenvolver junto com os ACS atividades de identificação das famílias de risco e, quando solicitados, acompanhar o ACS nas visitas domiciliares; realizar as ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias e indivíduos; instrumentalizar cirurgião

¹¹⁶ Este último aspecto das ações preventivas e de promoção não aparece com relevância no trabalho da enfermagem neste momento, mas, será retomando quando da análise das particularidades das condições de trabalho.

dentista e cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos e; participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 1996, p.17; BRASIL, 2006, p.21).

Os depoimentos dos trabalhadores de nível técnico, sejam auxiliares de enfermagem ou ACD, demonstram que a organização do processo de trabalho deles está muito vinculada à assistência direta, delimitada pela organização do trabalho da equipe.

Aqui a gente não trabalha com consulta marcada. Aqui é demanda espontânea, todo dia é uma caixinha de surpresa. Eu faço a triagem e separo entre consulta médica e consulta de enfermagem. Dependendo do que o usuário procura.

A gente trabalha especificamente no consultório odontológico, mas faço também o trabalho nas escolas uma parte de prevenção, fazendo escovação e aplicação de flúor. Também o trabalho de prevenção com grupos.

Essas atividades expressam um conjunto de ações de menor complexidade no processo de trabalho em saúde e corresponde ao que tradicionalmente ocorre no setor. Como nos alerta Nogueira (1994), isso expressa, embora em menor proporção, a divisão do trabalho no sentido vertical, com a presença de ocupações ou de trabalhadores que participem de uma determinada hierarquia. Isto implica na economia de força de trabalho mais qualificada, passando a adotar trabalhadores auxiliares sobre supervisão técnica.

Este argumento de Nogueira (1994) fica bem explícito na ESF, ao analisarmos a incorporação do ACS no conjunto das ações de saúde e sua participação na organização do processo de trabalho da equipe.

As atribuições dos ACS também revelam algumas particularidades do trabalho na ESF, principalmente no que se refere ao que efetivamente vem sendo executado. Suas ações estão delimitadas a uma área de abrangência e cabe ao ACS acompanhar cerca de 150 famílias, o que tem dificultado muitas vezes, a operacionalização do seu trabalho. Está previsto como atribuição para o ACS, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996): a realização do mapeamento da sua área de atuação; cadastrar e atualizar as famílias de sua área; identificar indivíduos e famílias em situação de risco; realizar visita domiciliar; incentivar a formação de conselhos locais de saúde; orientar as famílias para utilização

adequada dos serviços de saúde e participar do processo de programação e planejamento das ações relativas ao território de abrangência da unidade de saúde.

O contexto no qual ocorre o trabalho do ACS revela a significância de sua ação para as equipes de saúde, como também é um indicador de que existe uma centralização nas atividades de baixo custo. O ACS detém um conjunto de informações que mobiliza e articula as ações locais de saúde com outras áreas não específicas da saúde, como assistência social e educação. A vivência comunitária e a inserção nas ações de saúde fazem com que esse trabalhador detenha o conhecimento sobre as peculiaridades locais.

O registro do desenvolvimento do processo de trabalho do ACS revela o quanto este vem determinando o processo de trabalho da equipe. Os depoimentos são bons indicadores:

Eu faço as minhas visitas domiciliares e lá eu colho as informações e passo pra equipe, tentando resolver com a equipe, com os profissionais da equipe.

Eu me planejo assim: deixo um dia pra visitar hipertensos e diabéticos, outro dia crianças menor de dois anos. Aí na visita a gente procura saber se foi feito acompanhamento, se a criança está bem, se fez o acompanhamento.

A gente é quem faz a busca ativa das pessoas pra vir pra unidade e fazer o agendamento. Tanto a gente faz agendamento pra criança como faz pro idoso.

O meu trabalho vai ser: saber se eles vieram, se gostaram do atendimento, o que foi feito nesse intervalo, saber como foi que ele fez o tratamento.

A gente vem todo dia na unidade. Vê se tem alguma coisa, pode ter acontecido alguma coisa, aí a gente faz a visita.

E se a gente não fosse fazer esse serviço? [...]

A gente é o elo.

As demandas para a equipe de saúde são trazidas e definidas pelas informações dos ACS. O processo de trabalho em saúde é dinamizado pelo conhecimento das necessidades diretas da população, pelo acompanhamento dos processos terapêuticos e pela presença sistemática de um trabalhador de saúde no domicílio dos usuários. O ACS é um trabalhador que funciona como elo, como disse a ACS entrevistada, que é membro da equipe mas também, é membro da comunidade. É trabalhador de saúde da ESF e é potencial usuário dos serviços por residir na área adscrita. Desta forma, consegue expressar com mais fidelidade as reais necessidades da população.

Ele capitaliza em seu processo de trabalho um elemento fundamental para o trabalho em saúde: o estabelecimento de uma rede de relações entre os trabalhadores e destes com os usuários, como desta Merhy (2007). Este traço marcante dos serviços de saúde que Merhy qualifica de *intersecção partilhada* constitui-se neste encontro entre *sujeitos*, o trabalhador de saúde e o usuário, no interior do processo de trabalho. Nesta relação o usuário não é apenas um consumidor dos efeitos úteis do trabalho, mas também atua como sujeito ativo do processo de trabalho. É uma relação em que o usuário detém um conjunto de informações e iniciativas que possibilitam a mudança de uma determinada situação para a qual o serviço se destina (COSTA, 1998). A atuação do ACS vem sendo fundamental para constituir essa aproximação usuário e trabalhador de saúde.

Entretanto, isso vem colocando o ACS na linha de frente das ações de saúde. Por um lado, vem servindo para amortizar as insatisfações dos usuários com os serviços por sua presença constante no domicílio e pela possibilidade da escuta do usuário, de suas queixas, embora seu potencial de resolutividade seja restrito. E também, é a expressão mais evidente de uma política de racionalização de força de trabalho e minimização de recursos, pois é um trabalhador que expande ao máximo o atendimento, comparecendo nos locais de difícil acesso representando uma suposta estratégia de garantia de acesso. Há uma massificação e expansão do atendimento à saúde pela via de ações de menor complexidade, com pouca, ou nenhuma resolutividade, e através de trabalhadores de saúde com pouca qualificação e baixa remuneração.

Estrutura-se um processo de trabalho em saúde que revela a racionalização da política de saúde através da contenção de gastos sociais e da economia com os custos com a força de trabalho.

Dentro dessa configuração do processo de trabalho em saúde da ESF de Campina Grande/PB também comparece o assistente social e cirurgião dentista. Para o assistente social o Ministério da Saúde não padronizou atribuições específicas, considerando que este profissional não é reconhecido como integrante da equipe básica. Entretanto, a inserção do assistente social na ESF de Campina Grande resultou na construção coletiva dos parâmetros de atuação do profissional nesta atividade. Dentre suas atribuições se destacam: realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família; encaminhar providências, prestar orientações, informações a

indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos serviços; identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersectoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população; identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade e discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam (VASCONCELOS, 2009).

Considerando esses parâmetros de execução podemos analisar como o processo de trabalho do assistente social integra a lógica do processo de trabalho da equipe de saúde da ESF. Ele recupera um dos aspectos que conformam o diferencial desta proposta de trabalho: a permanente articulação com as demandas da população usuária. O relato a seguir retrata este aspecto:

O processo de trabalho na equipe saúde da família a gente organiza de forma que cada profissional desenvolva seu papel na equipe, dentro da sua formação a que ele está destinado. Mas que essa atividade vai perpassar também as atividades dos demais profissionais. Então cada um vai ter uma função dentro da equipe.

Aí a gente organiza o cronograma de acordo com a situação da comunidade, com o perfil epidemiológico. A gente tem a participação dos agentes de saúde que trazem essas informações dia a dia pra que esse processo de trabalho seja melhor organizado.

O assistente social vai trabalhar na questão da saúde vendo a importância das pessoas aderirem aos programas desenvolvidos na unidade de saúde, também como um direito do usuário[...]

As demandas principais são o atendimento individual e a visita domiciliar. Paralelo a isso a gente também vem ajudando na mobilização comunitária. É um trabalho de articulação.

Devemos considerar que a inserção do assistente social ainda está restrita a um quantitativo de 10 trabalhadores para uma expansão de 80 equipes de saúde. Desta forma, este reforço para a organização sócio-política dos usuários, que é seu elemento diferencial, está bastante comprometido o que contribui para a reprodução de um modelo de atenção centrado no adoecimento e tratamento dos agravos emergentes, desconfigurando a dimensão de prevenção e promoção à saúde tão caras a ESF.

Completando este conjunto de ações que integram o processo de trabalho da ESF temos o cirurgião-dentista que também não comparece na composição da equipe de forma equânime. Existem 28 trabalhadores dessa especialidade para uma proporção de 80 equipes de saúde instaladas. Suas

atribuições envolvem: realizar diagnóstico do perfil epidemiológico para o planejamento e programação em saúde bucal; realizar procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção das doenças bucais; realizar supervisão técnica do técnico em higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD) e acompanhar, apoiar e desenvolver atividades juntamente com os membros de equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (BRASIL, 2006, p. 18-19).

Essas atribuições aparecem no processo de trabalho do cirurgião-dentista que também se organiza integralizando as demandas dos outros trabalhadores e o relato a seguir revela isso:

A gente tem atendimento clínico para grupos específicos. Por exemplo, a gente tem um atendimento clínico só pro idoso,
 As crianças a gente faz através de um primeiro projeto que a gente tem de acompanhamento com aplicação de flúor na faixa etária de 5 a 8 anos.[...] A gente capta algumas crianças que estão num nível mais precário e agenda a consulta.
 A gestante faz um primeiro atendimento pela médica e enfermeira. Ela já sai com agendamento pra assistente social e, sequencialmente, para mim.
 Os adultos são os mais sacrificados e é a população que mais necessita. Vai pra demanda espontânea, num processo de triagem.
 Infelizmente a clínica é a maior demanda.
 Eu gostaria que não fosse, mas é.

Ao apresentarmos o processo de trabalho de cada membro da equipe de saúde, foi possível visualizar as particularidades que envolvem o trabalho em saúde na ESF e perceber que existe um parâmetro norteador desta atividade.

Os aspectos descritos da organização do processo de trabalho da equipe da ESF reflete a convivência de ações de caráter preventivo, mas ainda prevalece o atendimento focalizado, demandando uma forma fragmentada de intervenção de cada especialidade. Este processo de trabalho da equipe determina e é determinado pelo processo de trabalho de cada trabalhador individualmente. Na medida em que as requisições mais demandas envolvem a individualização das ações, a fragmentação e a particularização das demandas, o trabalho em saúde assume a tendência de reproduzir o enfoque centrado no indivíduo, na sua doença.

A organização desse processo de trabalho coletivo da ESF, acompanha uma lógica que privilegia o atendimento de determinados segmentos: hipertensos e

diabéticos, o grupo materno-infantil que inclui gestante, mulher em idade fértil e criança, prioritariamente menor de 2 anos, também os casos de tuberculose e hanseníase, caso o perfil epidemiológico da área apresente. O atendimento de saúde bucal e do serviço social também faz parte do conjunto dessas ações. Essas demandas, pelos relatos, são organizadas por um cronograma de atendimento planejado pelas equipes considerando o número de famílias que serão atendidas. Em sintonia com essa programação o ACS realiza sistematicamente as visitas domiciliares captando novas demandas para a equipe, mas que contemplam um território delimitado, o que eles denominam de população adscrita.

Nesta modelagem as equipes trabalham com uma demanda previsível e, em sua maioria, com agendamento, o que significa que o usuário é previamente agendado para o atendimento. Embora as equipes atendam casos de pequenas urgências, a demanda espontânea não é característica das atividades da ESF.

Esta forma de atendimento e de organização do trabalho quebra um pouco a longa tradição de uma demanda espontânea e difusa nos serviços de saúde que contribuía para uma relação entre o trabalhador de saúde e usuário de caráter superficial e efêmero. Trabalhar com a família atendendo continuamente a mesma população cria as possibilidades de uma nova forma de intervenção para esses trabalhadores, instituído uma relação de vínculo entre quem oferece o serviço e quem precisa dele.

Uma relação de *vínculo* que tem sido, muitas vezes, altamente valorizada pelos trabalhadores, mas que também sinaliza novas formas de exploração do trabalho em saúde. Uma relação de *vínculo* que firma um compromisso, um pacto entre o trabalhador e os usuários, e que muitas vezes, têm levado os trabalhadores a se submeterem a condições e relações de trabalho degradantes em nome do compromisso com estes usuários. Associada ao fortalecimento do *vínculo* com o usuário e a família vem também o apelo institucional a uma ação comprometida com as questões que envolvem as condições de vida e saúde dessa população.

Entretanto, as condições objetivas e subjetivas de trabalho oferecidas a esses trabalhadores estão distantes de promover e fortalecer esta relação de vínculo com a comunidade, restando apostar no compromisso ético-político que movimenta as condutas individuais e coletivas desses trabalhadores. Esse relato apresenta os indicativos dessa análise:

Há uma satisfação inegável no PSF. É uma coisa extremamente subjetiva, que vem das pessoas, dos usuários.
 Porque você está muito próximo em todos os sentidos. Você sabe da vida das pessoas, você sabe o processo de vida delas, sabe os problemas delas, sabe quem é o marido, o filho, [...], todo mundo.
 Então você consegue ter uma capacidade de intervenção. Você consegue criar uma relação muito boa com as pessoas [...] É o que instiga você!
 Se você for um profissional que tem uma visão ampla, de saber que você está aqui pra fazer esse trabalho... Aí você consegue fazer muita coisa. Você fica satisfeita com as pessoas. Elas te trazem essa energia. [...]

Esta relação de proximidade e vínculo entre trabalhadores de saúde e os usuários atribui uma nova conformação a esta força de trabalho que requer conhecimentos e habilidades para lidar com esta demanda.

Na verdade, a ESF requer um outro perfil de trabalhador de saúde. Um perfil que extrapole os padrões de educação formal oferecidos nas escolas técnicas e nas universidades. Uma formação profissional que habilite este trabalhador para atuar na perspectiva da prevenção e promoção da saúde. A ESF coloca novas exigências para esses trabalhadores de saúde que estão na contramão do que vem sendo oferecido pelos órgãos formadores e, principalmente, pelo direcionamento da gestão política do SUS. Há um descompasso entre o que é requisitado para atuação na ESF e o que vem sendo ofertado em termos de competências profissionais para o mercado de trabalho. Somado a isso a racionalização dos serviços públicos tem como estratégia uma economia quantitativa e qualitativa da força de trabalho o que compromete a expansão qualificada da prestação dos serviços.

Destacamos o depoimento a seguir para retratar a forma como a gestão da força de trabalho vem sendo conduzida expressando a tradicional forma de inserção dos trabalhadores na ESF:

Você ontem não era nada. Você passa a ser contratado e a partir de hoje você é funcionário público...
 É para trabalhar com gente, com demanda diferenciada. Uma demanda que você tem que está sensibilizado, mas que você não teve essa formação. Nem na faculdade, em nada. A academia não te dá essa formação sensibilizada para entender o social. Não dá.
 O produto do trabalho em saúde não é um sapato, não é uma coisa assim... É um produto de alta complexidade e você cai de paraquedas para fazer tudo isso.

Isso evidencia que a organização e estruturação do trabalho em saúde reflete dois elementos determinantes, a gestão da força de trabalho em saúde e o perfil profissional dos trabalhadores de saúde ofertados para o mercado. A

incorporação de trabalhadores da ESF requer uma atenção especial dos gestores municipais, se o objetivo for adotar novas práticas de saúde que priorizem a vigilância epidemiológica e sanitária.

A partir da configuração das equipes de saúde família também foi possível perceber que a complexa conformação fragmentada da força de trabalho tão tradicional nos serviços de saúde, não aparece de forma acentuada na composição dessas equipes. A característica diversidade de profissionais e suas respectivas especialidades que acentuam a fragmentação do trabalho em saúde, não têm a mesma expressão na ESF.

O processo de trabalho na ESF carrega uma característica de menor fragmentação da divisão técnica do trabalho em saúde. Muito embora, essa fragmentação também esteja presente no processo de trabalho das equipes, mas ela se acentua quando o trabalho coletivo não funciona. Isso fica bem explícito nos argumentos apresentados pelas entrevistadas.

Hoje eu não trabalho mais com uma equipe. Nas experiências que eu tive anteriormente, eu tinha uma equipe, eu tinha assistente social, eu tinha médica, eu tinha auxiliar de enfermagem. [...] Todo mundo estava envolvido. Hoje não tem mais isso! [...] Você está numa equipe que não é mais equipe.

O que eu achava muito bom e que sinto falta hoje é porque a gente era uma equipe. Tudo que a gente fazia, todo mundo participava. Hoje em dia a gente não tem mais isso. Por mais que a gente queira. Se você tem uma equipe, tem que trabalhar como equipe, não trabalhar só com a enfermeira e com a auxiliar e a médica ficar de fora.

Esta organização do processo de trabalho não está só relacionada especificamente à divisão social e técnica do trabalho na ESF, mas também na forma como o trabalho coletivo é conduzido. É uma expressão da fragmentação do trabalho que também é determinada pelas formas como é direcionada a gestão do trabalho.

No momento em que há uma centralização no aspecto quantitativo das demandas, privilegiando o número de atendimentos, secundarizando as ações de enfoque preventivo e de promoção da saúde, vem se acentuado os traços da fragmentação do trabalho e isso também fica bem expresso neste depoimento:

Hoje em dia o pessoal da secretaria (*se refere a secretaria de saúde*) tem insistido muito no número de atendimentos [...] Se você atende 16 num período de 4 horas, que atividade educativa você pode está fazendo? Não dá tempo de nada. Fica aquele atendimento rápido.

A idéia mais comum é: Eu sou médica e não vou fazer prenatal, porque tem a consulta de enfermagem. Não vou fazer puericultura porque perde muito tempo, e também não vou fazer nenhuma consulta pra diabético e hipertenso. Se deixo tudo pra enfermagem, vou atender todas as consultas de clínica médica.

Quanto mais consulta de clínica médica, menos PSF é.

É um processo de trabalho que acaba centralizando as atividades de caráter mais curativo a determinados membros da equipe e delegando as ações preventivas a outros profissionais. É uma fragmentação do trabalho que distancia a perspectiva de atender o usuário na sua integralidade. Isso tem implicações diretas no atendimento aos usuários dos serviços, mas também aparece como elemento de desmotivação e desestímulo para ações mais qualificadas, que requerem um processo de trabalho coletivo, como demonstram os depoimentos a seguir:

A falta de reflexão da equipe é muito ruim. Você não tem capacidade de discutir o dia a dia dentro da equipe. A falta de iniciativa de pessoas da equipe, de pessoas que podiam contribuir mais.

É muito ruim, entendeu? [...] Tem dias que eu venho pra cá com muito pouca vontade de vir.

Hoje tudo é complicado, mas melhoraria se a gente voltasse a ser a equipe que a gente era antes [...]. Falta atitude, falta empenho, motivação! As pessoas estão todas desmotivadas

Eu acho que facilita mais, quando a equipe funciona. Quando você vê que o médico faz a sua parte e ajuda você, que o enfermeiro, o auxiliar também ajudam. Não tem essa questão de cada um se trancar na sala e vai fazendo seu trabalho e não quer saber do companheiro de trabalho.

As informações coletadas que sintetizam a organização do processo de trabalho na ESF revela elementos de uma precarização na prestação dos serviços na medida em que foge do enfoque de uma atenção qualificada que privilegie as reais necessidades da população. Ainda permanece um enfoque no atendimento individualizado nas patologias e as ações coletivas de promoção da saúde são remetidas a um suposto compromisso do trabalhador.

Neste sentido, também se visualiza uma precarização no processo de trabalho em saúde, a partir da forma como a gestão da força de trabalho no nível local conduz os resultados deste processo de trabalho. Se o enfoque é no maior número de atendimentos em nível das unidades básicas de saúde, estamos reproduzindo uma lógica de rentabilidade e da produtividade no setor saúde. Como analisamos anteriormente, a medida da produtividade na saúde não deve ter como

referência apenas o número de atos médicos executados, pois isto não é suficiente para indicar um padrão de boas condições de saúde para a população.

Ao contrário, tendo como referência, a dimensão estrutural da atenção básica no SUS, o papel da ESF é fazer com que a saúde da população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, desta forma, o número de procedimentos declina e quanto mais saudável estiver a população, será menor a necessidade de ações de saúde, desta forma a produtividade e rentabilidade não corresponderá ao quantitativo de procedimentos executados. É preciso reafirmar que não se pode medir a rentabilidade na saúde pelo número de procedimentos executados, mas sim pela redução da incidência de doenças. A medida para avaliar a rentabilidade na ESF não pode ter como base a maximização de serviços, mas sim a qualidade, a eficácia e o alcance sócio-político das ações prestadas.

Outro traço que demarcamos como definidor da precarização do processo de trabalho na ESF são as requisições colocadas para o trabalhador de saúde centradas na capacidade de inovação, capacitação e atualização. Um trabalhador que incorpore a dimensão da promoção à saúde as suas ações. São exigências e competências requeridas para atuar nas equipes de saúde, mas que vem sendo colocadas como uma demanda individual, como um atributo pessoal deste trabalhador. Desta forma, é cobrada uma competência individual e os indicadores de ineficiência das ações são atribuídos ao desempenho desses trabalhadores.

Um aspecto importante que envolve este indicativo de precarização é determinado pela forma de gestão política das ações de saúde. A direção assumida pela gestão municipal, no que concerne aos objetivos a serem priorizados nas ações de atenção básica, interfere diretamente no processo de trabalho.

Ao priorizar uma produtividade centrada em atos individuais e de caráter curativo, o gestor fortalece a fragmentação do trabalho, a individualização das demandas e quebra a lógica do trabalho coletivo, condição inerente às ações de promoção propostas pela ESF. Neste sentido, formaliza as condições de precarização do trabalho nesta atividade.

Esse direcionamento apresenta-se para os trabalhadores como algo que dificulta o desempenho das atividades e aparece de forma clara no seu cotidiano, seja pela tentativa de interferência direta no processo de trabalho ou, pela ausência de sua discussão e valorização do processo de trabalho em saúde. Os relatos abaixo demonstram respectivamente os intervenientes dessas duas condutas.

Um elemento é a dificuldade de comunicação com a gestão, seja a secretaria municipal, seja o próprio prefeito [...], até mesmo a gerência. A gerência de distrito que era o que deveria está mais próximo, às vezes torna-se um elemento que complica. Porque não há muito esse contato ou então a gerente tem aquele posicionamento de chefe das equipes.

A proposta do Saúde da Família não é que a gente tenha chefe, é justamente que se trabalhe em equipe, e às vezes, tem gerente que acaba querendo fazer esse papel.

A gente já passou por gerente que quis assumir esse papel e que a gente teve muito embate, muita dificuldade. Interferiu mesmo diretamente no trabalho da equipe, até de chegar e questionar o cronograma de atendimento da equipe. Quando na verdade, quem está na área não é a gerente, é a equipe. Então, o cronograma é feito de acordo com o que a gente identifica na área. Então a gerente questionar e querer mudar o cronograma da equipe é um elemento complicador fortíssimo. E tem colegas de equipes que ainda sofrem dessa questão.

O PSF está, no meu ponto de vista, fadado a ser um lugar que você tem que atender e atender. Um posto que funciona um pouco melhor. Até isso eu questiono! Melhor no sentido de atingir alguns indicadores, que antes não se atingia? Os principais indicadores a gente consegue atingir.

Eu acho que uma coisa que o PSF continua mantendo, cobertura pré-natal, cobertura vacinal e diminuição de algumas doenças.

Agora discutir o processo de trabalho em saúde! Nosso processo de trabalho não é mais discutido, nem internamente dentro da equipe, nem fora dela. As demandas reprimidas, por exemplo, saúde mental, adolescente, saúde do trabalhador... Elas continuam mais reprimidas do que nunca. Esquecidas, entendeu!

Você não discute processo de trabalho, você não discute qualificação... Não há discussão de avaliação!

Esses argumentos denunciam uma condução política de gestão do trabalho que interfere diretamente nas ações de saúde e, que agrega outros elementos de precarização do trabalho em saúde, pela interferência na autonomia e autogoverno dos trabalhadores sobre o seu processo de trabalho, e pela desvalorização dos mecanismos de avaliação e qualificação que são significativos para aprimorar o processo de trabalho em saúde. Se a política de gestão do trabalho faz opção por essa conduta o que se formaliza é a desvalorização do trabalho e do trabalhador dentro do processo coletivo do trabalho em saúde.

A indicação que apontamos é que a condição de precarização do processo de trabalho em saúde na ESF, não está determinada apenas pelas características próprias do trabalho em saúde que envolve a fragmentação, heterogeneidade, rotinização, e o lidar com a dor, o sofrimento e a morte.

É uma precarização demarcada pela ampliação das requisições para o trabalho em saúde expressa por novas competências profissionais. Um processo de trabalho que se precariza pela dissonância entre a exigência de um processo de

trabalho coletivo da equipe e a priorização nos resultados obtidos pela efetivação de um processo de trabalho individual.

Uma precarização do processo de trabalho que se expressa pelas novas formas de gestão do trabalho no setor que envolve a racionalização dos custos com a força de trabalho estruturando e expandido a atenção básica de saúde, a partir de uma equipe mínima, com condições de pouca resolutividade. Uma reedição de um sistema de saúde pública de poucos recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado privado da saúde.

Desta forma, os serviços prestados, que são o resultado desse processo de trabalho, não assumem uma dimensão de resolutividade e, na medida em que os serviços estão precarizados, revela que o trabalho em saúde também está precarizado. Nesta direção não só o processo de trabalho assume esta configuração precária, como também as relações e as condições de trabalho que neste contexto tem expressões distintas, mas que são determinadas pela sutileza da incorporação da lógica racionalizadora e mercantil nos serviços públicos de saúde.

4.3.2. A particularidade das relações de trabalho

A gestão administrativa da força de trabalho contratada pelo Estado assume uma nova condicionalidade no atual contexto. Tendo como alvo central os ajustes nos gastos públicos, introduziu novas formas de gerenciamento da sua força de trabalho. As novas condutas e formas de gestão do trabalho neste setor passaram a responder aos preceitos da flexibilização das relações de trabalho.

A partir de uma nova configuração assumida pelo Estado é que se delineia a recomposição da força de trabalho no serviço público, que se constitui no eixo de nossas reflexões neste momento. Uma recomposição orientada por uma lógica racionalizadora advinda da produção industrial, que pretende a economia de trabalho vivo e a garantia da eficiência e produtividade. Nesta direção, a trajetória da gestão da força de trabalho assumiu a direção de formalizar uma nova organização e gestão da força de trabalho no serviço público.

A realidade da experiência da ESF de Campina Grande demonstra um processo de gestão da força de trabalho que incorporou as tendências da desregulamentação do trabalho efetivadas no âmbito da esfera federal.

Concretamente, a experiência da gestão do trabalho no município é expressão da flexibilização do aparato jurídico legal que permitiu que as relações de trabalho transitassem do contrato de trabalho mediado pelas Associações de Moradores, de 1994-2006, para um vínculo trabalhista regido pelo RJU, a partir de agosto de 2006. Como apresentamos no início deste capítulo, o município de Campina Grande, em cumprimento a uma exigência legal realiza o concurso público para provimento de cargos para a ESF no ano de 2006.

Nesta experiência é possível demarcarmos a vigência da desregulamentação do trabalho em dois momentos: o momento da implantação e expansão da ESF a partir de vínculos trabalhistas precários e um outro, da regularização/formalização dos vínculos trabalhistas dos trabalhadores da ESF numa tentativa de desprecarização do trabalho em saúde.

O primeiro momento corresponde ao período de 1994-2005, em que prevaleceu os contratos de trabalho com o serviço público mediados pelas Associações de Moradores e Secretaria de Saúde. Neste, os trabalhadores mantinham um vínculo de celetista com o município sem a garantia da estabilidade e dos direitos assegurados pelo RJU, e seu ingresso não foi por concurso público, muito embora tenha se submetido a uma seleção pública simplificada. Uma relação trabalhista com o serviço público que contraria os princípios constitucionais, mas que estava afinada com a lógica da gestão do trabalho imposta pela contra-reforma do Estado empreendida nos anos noventa. Baseado nesta relação trabalhista, a ESF se expande no município, produzindo como efeitos, a alta rotatividade dos trabalhadores, principalmente da categoria médica, as precárias condições de trabalho e a ausência da perspectiva de carreira profissional no serviço público para os seus trabalhadores. A implantação e expansão da ESF no município tiveram como características relações de trabalho que configuram a desregulamentação do trabalho no setor público de saúde e a precarização das condições de trabalho.

A mudança na modalidade de vínculo trabalhista ocorrida a partir de 2006, com a realização do concurso público para os trabalhadores da ESF, configura um segundo momento desse processo de desregulamentação. A regularização do vínculo trabalhista poderia representar uma estratégia para desprecarizar o trabalho nesta atividade. Na perspectiva dos gestores municipais, inclusive com orientação do próprio Ministério da Saúde, investir na legalização/regularização do vínculo trabalhista é a estratégia para superar a

precarização do trabalho no setor. Isso tem sua sustentabilidade, a partir da concepção de trabalho precário que norteia os documentos oficiais que tivemos acesso, que afirmam que trabalho precário para a administração pública está relacionado à ocorrência de uma infração legal. Neste sentido, o trabalho precário decorre da criação de um vínculo trabalhista irregular, que passa pela ausência de concurso público.

Os documentos¹¹⁷ oficiais do Ministério da Saúde relativos à gestão do trabalho no SUS consideram que

Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, 13º salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante vínculo temporário ou informal que se renova automaticamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam a força de trabalho do serviço público por meio de entidades terceirizadas tais como as cooperativas e atuam como se fossem autônomos [...] (BRASIL, 2003b, p. 08).

Embora este seja um parâmetro para caracterizar o trabalho precário, efetivamente a administração pública tem reafirmado outro aspecto no qual determina que o

O aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social, (ou seja, são precários) decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos [...]. A forma predominante do trabalho irregular decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, qualquer que seja a modalidade de remuneração adotada pelo gestor, usando os recursos públicos de que dispõe (NOGUEIRA ET AL:2004,p. 90).

E acrescenta,

Com isso queremos dizer que o que denomina “trabalho precário” no setor público surge não de um déficit de proteção social propriamente dito, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (NOGUEIRA ET AL, 2004,p. 90)

¹¹⁷ Os documentos mais significativos são “Bases normativas e conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS – Relatório Final” –Brasília/2004 e “ Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho – Relatório” – Brasília/2003b.

Estas interpretações partem do entendimento de que o ingresso no serviço público por meio de concurso anula e supera a condição de precariedade do trabalho no serviço público de saúde, mas é preciso destacar que essa não é uma questão apenas administrativa.

Frente a esta concepção de trabalho precário que norteia a administração pública brasileira é possível questionar: Como podem as relações de trabalho no serviço público de saúde serem consideradas precárias restringindo-se apenas à forma de ingresso, ao vínculo legal e regulamentado do trabalhador? As evidências empíricas constatadas neste estudo indicam que a regularização do vínculo trabalhista não supera a condição de precarização do trabalho em saúde. Defrontamo-nos com uma nova conformação de gestão do trabalho que expressa uma tendência de flexibilização das relações de trabalho no serviço público, que em nossa avaliação ainda propicia a desregulamentação do trabalho indicando um dos seus elementos de precarização.

A configuração das relações de trabalho no âmbito municipal é a expressão clara de uma forte tendência em que o Estado, para responder às exigências do capital mundializado, flexibiliza o trabalho atendendo a uma gestão empreendedora e de ajuste nos gastos públicos. Tem-se como consequência uma diversidade de modalidades de gestão da força de trabalho para driblar as exigências institucionais e legais, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal. Desta forma, é questionável que a regularização dos vínculos de trabalho supere a condição de precariedade dos trabalhadores do serviço público de saúde. Os elementos empíricos apresentados neste estudo reforçam a tese de que a desregulamentação do trabalho no serviço público de saúde tem como um de seus indicativos a flexibilização das relações de trabalho.

A questão do vínculo de trabalho passa a ser apenas a “ponta do iceberg” das problemáticas que envolvem a gestão da força de trabalho nos serviços de saúde, isto envolve sobretudo o papel do Estado na administração e controle sobre a força de trabalho.

A administração municipal assume a perspectiva de redefinir, adequar e ajustar os modelos de gestão da força de trabalho, que concretamente aparecem nas formas de flexibilização e precarização do trabalho. Podemos identificar uma estratégia de adequação da gestão do trabalho à legislação trabalhista que orienta o setor público.

Nesta direção, os depoimentos apresentados pelas trabalhadoras da ESF de Campina Grande retratam a concretização dos efeitos da flexibilização das relações de trabalho no setor público de saúde. Ao relatar a atual relação de trabalho mantida com o gestor municipal é possível identificar outra modalidade de relação trabalhista no setor público ou, poderíamos dizer, um artifício gerencial do gestor para manter o patamar salarial dos trabalhadores da ESF, sem comprometer a Receita Orçamentária do município com gastos com pessoal.

Os relatos das trabalhadoras demonstram a forma de remuneração adotada pela gestão municipal, a partir da realização do concurso em 2006:

A gente está com vínculo efetivo agora, mas com salário pago em duas parcelas. Porque infelizmente a gente ainda está com a divisão desse salário. Por exemplo: uma parte desse salário, que é o salário base que vem em contracheque, ele é pago pela Administração. A outra parte do salário, que é dito, entre aspas, aqui como uma gratificação. Ela é paga normalmente até o dia 10. Ela é paga, só que existe uma divisão, dizem que é pela Secretaria de Saúde.

Hoje você tem estabilidade. Mas é diferente! Eu antes recebia um salário X e tinha um salário X no contracheque. Eu podia financiar o que eu quisesse, eu tinha aquele valor. Hoje em dia não! Eu tenho um salário mínimo no contracheque e a maior parte do meu salário entra como gratificação e eu não tenho como comprovar essa renda! Aí é uma estabilidade que diz: Você é concursado! Sim, mas para fins formais minha renda reduziu em mais da metade.

O que foi declarado em todas as entrevistas reflete uma nova modelagem na forma de remuneração desses trabalhadores. A relação trabalhista com o gestor municipal assegurou a legalidade e formalidade tanto do ingresso por intermédio de concurso público, como do vínculo trabalhista de estatutário, mas instituiu uma outra modalidade de pagamento das remunerações desses trabalhadores. O fato é que a gestão municipal fracionou, desmembrou o salário dos trabalhadores da ESF em duas partes: estabeleceu o pagamento de um salário base, equânime para todos os trabalhadores municipais respeitando os níveis de escolaridade e ocupações e, por outro lado, criou uma complementação salarial, em forma de gratificação para integralizar o salário dos trabalhadores. Os trabalhadores recebem o salário base, com registro em contracheque, sobre o qual incide os cálculos relativos a pagamento da previdência social, férias, aposentadoria e demais direitos trabalhistas, pagos e administrados, através da Secretaria Municipal de

Administração. A chamada gratificação, por outro lado, é paga por meio de depósito bancário direto na conta de cada trabalhador e representa, na verdade, o maior valor de sua remuneração, que tem sido pago e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. Com esta complementação, o gestor mantém o patamar salarial de cada categoria profissional da ESF.

Esta nova configuração de forma de pagamento das remunerações do trabalhador do serviço público foge aos padrões formais e legais requeridos para trabalhadores concursados e regidos pelo RJU. Ao partirmos do pressuposto de que o trabalho regulamentado certifica direitos de proteção ao trabalho e a vida, a atual formalização do vínculo de trabalho da ESF está longe de afastar o trabalho de saúde dos marcos da precarização.

Esta forma de flexibilização da remuneração expressa uma particularidade da desregulamentação do trabalho que representa um processo de desagregação da proteção social conquistada por intermédio do trabalho que se expressa nas relações, nos processos e na organização do trabalho. Neste sentido, as relações de trabalho embora se encontrem num campo normativo, assegurada por ingresso através de concurso público e vinculados ao RJU, ainda assim revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e também expressam, a nosso ver, esta nova conformação de desregulamentação do trabalho no campo da saúde.

Esta flexibilização da remuneração é alvo constante de críticas dos trabalhadores da ESF e é assimilado por eles como algo que transgride sua condição de trabalhador público provocando incertezas e desestabilizando seu padrão salarial. Isso fica bem explícito nos depoimentos a seguir:

Aí fica a instabilidade, se muda a gestão, ou o prefeito resolve tirar? É gratificação! O que antes era meu salário total foi dividido e agora além de diminuir, porque diminuiu mais um pouco, eu passei a ter uma boa parte dele como uma gratificação, que ninguém me garante que eu vou continuar com ela.

Eles chamam de gratificação, mas a gente se recusa a dizer que isso é uma gratificação, porque na verdade isso faz parte do nosso salário mesmo. Não é uma gratificação porque nós estamos fazendo uma coisa a mais!

Eu não entendo como é que eu sou funcionária pública de um mesmo órgão e meu salário fica dividido em dois órgãos. Numa mesma entidade com o salário dividido em dois órgãos!

Para essas trabalhadoras esta forma de remuneração adotada pelo gestor da saúde descaracteriza uma relação trabalhista que lhe assegura a proteção social garantida aos trabalhadores do serviço público e é concebido como uma perda de direitos que antes eram garantidos, mesmo com o contrato celetista. Como podemos analisar:

O problema é o seguinte: Essa é minha maior queixa atualmente, contra esse nosso vínculo. É porque o que nos foi prometido de salário não foi cumprido. Porque no salário é aquela história de concurso público: bota um salário pequeno podendo chegar até tanto. Então eles colocam aquele salário pequenininho, mínimo, que eles colocam no edital e o restante entra como gratificação. Então a gente trabalha, legalmente o nosso salário é quinhentos e pouco. Quer dizer, legalmente meu salário é quinhentos e pouco e quando eu for me aposentar vai ser em cima disso. Tudo meu é em cima disso.

Agora o seguinte, quando eles vão pagar férias e décimo terceiro, eles pagam separado o valor. Agora o maior problema pra gente, é digamos: se você tiver um afastamento muito grande, se for o INSS que vá está pagando ou numa aposentadoria? Principalmente nós que somos mais velhos, que estamos próximos de se aposentar. A gente vai se aposentar com um salário de quinhentos e pouco!

Minha maior queixa contra essa forma é porque nós deveríamos receber o nosso salário na folha de pagamento da prefeitura, que fosse o salário integral que a gente recebe.

Existe uma preocupação explícita dessas trabalhadoras no que se refere ao que realmente é assegurado nesta relação trabalhista impondo uma condição de vulnerabilidade e insegurança ao trabalho. Isso evidencia-se quando elas relatam que todos os descontos incidem sobre o salário base, afirmando também que seus direitos também estão vinculados a esse valor, e essa preocupação fica bem explícita quando se referem à aposentadoria. A regularização do vínculo trabalhista no serviço público não lhes assegurou a proteção social ao trabalho, principalmente no tocante aos direitos previdenciários. Neste aspecto elas relatam:

É seguro em relação ao vínculo, é um concurso público, você é funcionário público, tem algumas vantagens [...] Pras categorias que ganham menos não faz muita diferença, mas pra gente que ganha mais, faz muita diferença na hora da aposentadoria.

Na relação do vínculo, me entristece em relação a esse parcelamento do meu salário. Mas eu tenho a esperança de que juridicamente quando eu for me aposentar eu consiga a incorporação de forma integral.

Os relatos apresentados indicam uma relação trabalhista que se configura à margem do que a administração pública preconiza. Trabalhadores concursados com três anos de efetivo exercício gozam da estabilidade no emprego e dos direitos previstos constitucionalmente para os servidores públicos, conforme apresentamos no terceiro capítulo. Estabelecer duas formas de pagamento para integralizar a remuneração das equipes da ESF retrata outra modalidade de gestão da força de trabalho assumida pelo município. Os trabalhadores da ESF têm uma segurança em relação ao vínculo trabalhista, mas há uma insegurança quanto à garantia de manutenção de seu padrão salarial e dos direitos previdenciários, como a aposentadoria e afastamento para tratamento de saúde.

Isto retrata a tendência da gestão do serviço público de desvalorização da força de trabalho e no setor saúde isso assume uma particularidade porque esta desvalorização é mais expressa na força de trabalho inserida nas ações de baixa complexidade, como no caso os trabalhadores da ESF. Por outro lado, de forma sutil para as ações de média e alta complexidade empreende-se uma lógica que valoriza as ações de saúde que requerem altos investimentos e lucratividade assegurada. Os trabalhadores vinculados aos hospitais são estimulados com ganhos de produtividade por procedimentos e ações mais complexas, a partir do uso de recursos tecnológicos mais sofisticados. Uma concretização da lógica da rentabilidade no setor saúde.

A rigor, o que é recomendado pelas agências internacionais para as prioridades das ações de saúde se expressa e se concretiza no âmbito local, também nos pequenos e médios municípios. O modelo de gerenciamento pautado para a saúde pública com ações estratégicas de baixo custo, com poucos investimentos e com uma força de trabalho que não onere os gastos públicos, caiu como uma luva através da expansão da ESF. Em nota recente publicada no site do Ministério da Saúde em 24/04/2009, o Senado Federal autoriza o governo federal a contratar empréstimo de até R\$ 83,4 milhões com o Banco Mundial/BIRD para investir no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF¹¹⁸.

O volume de recursos investidos pelas agências internacionais tem atendido as recomendações previstas no campo da saúde, pois as ações básicas de saúde têm atingido os índices epidemiológicos aceitáveis para a mortalidade

¹¹⁸ Publicada no site www.saude.gov.br em 24/04/2009.

infantil, controle de doenças imuno-previníveis, enfim, o que se tem recomendado para minorar os agravos da pobreza.

Para a força de trabalho o que se confirma é a desregulamentação do trabalho, que pode se expressar de formas diversas. Na realidade da ESF de Campina Grande o primeiro elemento que podemos indicar da desregulamentação do trabalho é expressa na flexibilização da remuneração dos trabalhadores da ESF, que expõe os trabalhadores públicos a condição de incerteza e insegurança, em que pese o vínculo de estatutário que regulamenta sua relação trabalhista no serviço público.

Outro aspecto também expresso nesta forma de relação trabalhista é a ausência de uma política de gestão do trabalho que estabeleça entre outras coisas, um Plano de Cargos, Carreiras e Salários e uma Mesa de Negociação Coletiva, elementos fundamentais para assegurar direitos trabalhistas e democratizar as relações de trabalho.

A ausência de um PCCS vem permitindo o estabelecimento de diferenças salariais entre os cargos na ESF que não obedecem a um planejamento de carreira no serviço público. Concretamente há uma diferença na remuneração dos valores pagos aos trabalhadores referentes à gratificação. Os médicos têm uma gratificação maior que os outros trabalhadores de nível superior, e segundo o relato das entrevistadas, esta diferença entre os valores tem aumentado significativamente, como foi relatado abaixo:

Desde o concurso é isso que está estabelecido. Há uma priorização também do salário do médico, da gratificação do médico. Já houve uma diferença de 50%. Hoje está em volta de 70%, 80% do enfermeiro pra o médico. O enfermeiro e as três categorias, assistente social e dentista recebem uma diferença hoje que está por volta de 70 a 80%. O médico está ganhando por volta de R\$4.000,00 e a gente R\$ 2.000,00. Há um privilegiamento.

Há também uma remuneração desigual para os trabalhadores de nível médio que implica em remunerações diferentes entre os auxiliares de enfermagem e os auxiliares de consultório dentário. No relato das entrevistadas podemos identificar a diferença entre o salário base e a gratificação. Os auxiliares de consultório dentário relatam:

Porque a gente é nível médio, os auxiliares de enfermagem também são nível médio, só que o salário não é igual [...]. O salário é o mesmo, o base, a gratificação é que é diferenciada. Mas já estava no edital quando a gente foi fazer o concurso, já era diferente o salário deles pra o da gente.

Estes relatos demonstram que os parâmetros para a remuneração dos trabalhadores da ESF não acompanham uma política de gestão do trabalho que reconheça as diferentes qualificações profissionais, as especificidades dos cargos e ocupações e acabam criando diferenciais de remuneração para funções de mesmo nível de escolaridade sem que respeitem uma lógica de valorização da força de trabalho como participante de um processo de trabalho coletivo.

Ainda compondo esta conformação das relações de trabalho da ESF temos também a situação dos agentes comunitários de saúde. A relação de trabalho deles apresenta algumas diferenças tanto pela forma de ingresso como no tocante à remuneração. Um longo período de relações de trabalho precárias marca a trajetória desses trabalhadores vinculados primeiramente ao PACS e posteriormente a ESF. Retratam uma luta pelo reconhecimento de sua atividade no campo da saúde, e também a formalização do vínculo trabalhista que lhes assegurasse os direitos dos trabalhadores públicos.

Atualmente todos os ACS são trabalhadores vinculados ao serviço público municipal conforme a EC nº 51 de 02/2006, que assegura a todos os direitos trabalhistas de um trabalhador estatutário. Sua remuneração mensal corresponde a um salário mínimo vigente.

Em que pese os avanços e conquistas de reconhecimento profissional e trabalhista esses trabalhadores também apresentam suas insatisfações no tocante à remuneração paga atualmente.

A gente sabe que o salário da gente não é esse valor X que vem [...]. Está baixa, muito baixa. Noutros tempos a gente chegou a quatro salários e meio. Teve uma época que era quase dois salários e eles foram baixando, baixando, baixando. Agora está no mínimo.

Neste caso a ACS avalia a queda do padrão salarial argumentando:

O incentivo do ACS não diminuiu. Porque é assim, o salário do ACS vem lá do Ministério, o mínimo. Mas só que tem a contrapartida dos municípios e os municípios não estão dando. Está entendendo?

Aqui a gente sempre recebeu a contrapartida. Agora a gente não está recebendo. A gente tem município aqui no Estado que o ACS recebe R\$600, R\$720 e aqui em Campina a gente está recebendo menos que R\$500,00.

Está premente nos depoimentos apresentados a ausência de uma política de gestão do trabalho que reconheça os princípios norteadores da NOB/RH/SUS que garanta entre outras coisas, relações de trabalho regulamentadas, a efetivação de um PCCS e as negociações coletivas.

A gestão do trabalho na ESF vem sendo pautada pela flexibilização da remuneração para todas as ocupações e direcionada para diminuição dos gastos com a força de trabalho, considerando que os ACS representam o maior quantitativo de trabalhadores da ESF, eram 364 no momento da pesquisa. Também, mantém um privilegiamento da remuneração da categoria dos médicos como forma de assegurar a fixação desses profissionais nesta atividade de baixo custo, que não possibilita ganhos diretos de produtividade.

As insatisfações relacionadas à remuneração estão bem explícitas pelas trabalhadoras da ESF e conformam outro elemento que, associado aos aspectos já indicados no processo de trabalho, agudizam as condições de precarização do trabalho.

A regularização do vínculo trabalhista não é suficiente para desprecarizar o trabalho no setor saúde. Há uma flexibilização da remuneração, de forma a atender aos requisitos da gestão financeira e orçamentária do município. Entretanto, os dados que identificamos de comprometimento da RCL com despesas de pessoal para o ano de 2008¹¹⁹, que corresponde a 44,80%, demonstra uma disponibilidade orçamentária de recursos que ainda podem ser investidos no pagamento da força de trabalho, considerando que o limite prudencial para o município nesta rubrica corresponde a 51,30%. Desta forma, a gestão municipal ainda possui margem orçamentária para investir em pagamento de pessoal.

A lógica da gestão pública municipal vem racionalizando os gastos com pessoal e expande ações de baixo custo que contam de forma significativa com financiamento do governo federal sem, entretanto aumentar a contrapartida financeira do município nos gastos com as ações de atenção básica no campo da saúde. Segundo dados do estudo de Brandão (2009, p. 28) no período

¹¹⁹ O Relatório de Gestão Fiscal está disponível no site www.tesouro.fazenda.gov.br

compreendido entre 2000 e 2007, em média a participação dos recursos federais foi de 97,49% dos recursos que transitaram pelo Fundo Municipal de Saúde. Os recursos oriundos do governo estadual representaram apenas 0,75%, e o governo municipal 1,06% e outras receitas diversas aproximadamente 0,71%. Desta forma, fica evidente a dependência do município dos recursos federais. Há ainda outro agravante, pois em Campina Grande, um maior volume de recursos é destinado prioritariamente para a alta e média complexidade¹²⁰. Evidencia-se a tendência no campo da saúde de valorizar as ações mais lucrativas e rentáveis em detrimento das ações que não representem lucratividade direta para os capitalistas do setor.

A força de trabalho em saúde ocupa o lugar da desvalorização, da subalternidade frente aos interesses da lucratividade, muito embora seja usada de forma intensiva para a efetivação das ações de saúde. O que recai sobre ela é a precarização das condições de trabalho e da remuneração.

Os depoimentos demonstram que os trabalhadores da ESF identificam sua relação trabalhista como elemento de precarização do trabalho, afirmando:

A precarização parte da questão mínima. Mínima não, mais importante, que é a questão salarial. Da desagregação salarial que a gente tem.

Precário que eu acho mesmo aqui é o salário, muito baixo e essa gratificação não ser incorporada ao salário. Pra mim é o pior problema que tem.

Na versão dessas trabalhadoras, a relação trabalhista vai integrar um conjunto de questões relacionadas às condições de trabalho que conformam a precarização do trabalho na ESF. Acompanhando uma tendência de desvalorização da força de trabalho no capitalismo contemporâneo, os trabalhadores do serviço público integram as estratégias mais gerais de redução do trabalho vivo e a adesão às formas de flexibilização do trabalho. Como indicamos no capítulo primeiro, a força viva de trabalho convive com novos mecanismos de exploração e dominação

¹²⁰ Segundo o estudo de Brandão (2009, p. 35) é “alto o percentual utilizado com serviços de terceiros – pessoa jurídica, no total das despesas do FMS. Em média, tais gastos representaram 49,63%. O Fundo Municipal de Saúde é um grande contratador de serviços. Entre eles, estão serviços de locação de veículos, contratação de profissionais do PSF a partir de parceiros (no caso local as sociedades de amigos de bairro), locação de equipamentos, entre outros. Aparecem nesta categoria também o pagamento aos hospitais, que em Campina Grande são predominantemente privados”.

evidenciando-se pela particularidade da centralidade da força viva de trabalho na produção de bens e serviços mas sob os domínios da lógica da acumulação flexível.

Os dados empíricos expressam uma forma de apropriação precária da força viva de trabalho, em que o estatuto do trabalho e do trabalhador são conduzidos a formas de gestão flexibilizadas, que traduzem o espaço de desregulamentação do trabalho, imposto pela lógica destrutiva do capital que passa a ser incorporada nos serviços públicos. É um fenômeno que revela a erosão do trabalho contratado e regulamentado e que incorpora uma força de trabalho não só inserida no mundo industrial, como também nos serviços públicos, de forma flexível e precarizada.

4.3.3 A particularidade das condições de trabalho

As evidências de novas bases de regulamentação do trabalho no serviço público apresentam-se neste estudo como elementos de um processo de desregulamentação do trabalho que se expressam na flexibilização das relações de trabalho, como analisamos anteriormente, mas também pela precarização das condições de trabalho. Desta forma, este processo de *flexibilização* integra os elementos das atuais configurações da *precarização* do trabalho em saúde. É importante compreender que embora sejam fenômenos distintos, eles refletem a forte tendência de desregulamentação do trabalho e se expressam numa relação de determinação.

Existe no setor de serviços uma tendência de incorporação das regras de eficiência, produtividade e intensificação do uso da força de trabalho, impostas pela lógica da produção capitalista mundializada, e nesta direção o processo de *flexibilização* passa a determinar a condição de precariedade do trabalho. A partir desta determinação, a intensificação da precarização do trabalho é uma expressão significativa dos efeitos maléficos da *flexibilização* no trabalho e na vida dos que têm como fonte de sobrevivência a venda da força de trabalho.

Nos serviços públicos de saúde poderíamos indicar uma “nova” condição de precarização. Uma precarização não mais restrita à noção de exploração da força de trabalho atribuída às condições de trabalho insalubres e danosas, a extensivas jornadas, às baixas remunerações, à instabilidade e insegurança no trabalho,

relacionada aos trabalhadores desprotegidos de uma regulação formal do trabalho. Os dados analisados em nosso estudo apontam que a noção de precarização do trabalho deve está relacionada a um processo que condiciona a existência de toda força de trabalho, inclusive para os trabalhadores inseridos numa relação formal de trabalho. Uma precariedade do trabalho que assume uma dimensão e conformação ampliada atingindo as condições objetivas e subjetivas do trabalho e envolvendo o conjunto dos trabalhadores no serviço público de saúde.

A abordagem das particularidades das condições de trabalho como elemento de precarização do trabalho na ESF traduz esta relação de determinação que se reflete nas particularidades das atividades de saúde revelando de que forma essas condições interferem no cotidiano das ações de saúde e o rebatimento delas na saúde e na vida desses trabalhadores.

Ao tratarmos das condições de trabalho na ESF precisamos recuperar um traço característico do trabalho em saúde no que se refere à sua especificidade: o caráter insalubre do trabalho no setor saúde. Isso decorrente da própria natureza do trabalho, o que torna inevitável a permanente exposição dos trabalhadores a inúmeros fatores que podem comprometer sua saúde. Mesmo reconhecendo esta particularidade, este argumento não é suficiente para explicar a complexidade da relação entre saúde e trabalho.

Considerando as condições atuais do trabalho em saúde, não podemos afirmar que os efeitos nocivos da insalubridade têm representado o maior agravante no comprometimento da saúde dos trabalhadores neste campo. Cada vez mais as análises das condições de trabalho estabelecem uma relação mais ampla e complexa, associando as condições de trabalho a um conjunto de elementos como: jornada de trabalho, intensificação do trabalho, condições ambientais e sociais, relações de hierarquia, exposição aos riscos da violência, entre outros elementos. Outros aspectos devem estar relacionados às condições de trabalho como as formas de organização do processo de trabalho e as relações de trabalho como constituintes do complexo de determinações das condições que envolvem o ato do trabalho em saúde.

Para análise das condições de trabalho da ESF, acompanhamos este amplo espectro de determinações, e os argumentos apresentados nas entrevistas identificam as dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores frente à condição de precariedade a que estão expostos.

Podemos interpretar que a representação das condições de trabalho para as equipes de saúde envolve tanto os fatores diretamente relacionados com seu cotidiano de trabalho como: a falta de manutenção dos recursos materiais, que envolvem instrumentos de trabalho; a falta de insumos específicos, como medicamentos; a precária estrutura física das unidades de saúde; a excessiva demanda e a falta de uma rede assistencial de apoio. Como também, os fatores relacionados à organização dos serviços, a gestão política da saúde no âmbito municipal e as relações de trabalho que tem impactos significativos na condução das ações de saúde e integram uma complexa rede de determinação das condições de trabalho nesta realidade.

Alguns depoimentos explicitam que a efetivação do trabalho das equipes de saúde requer condições básicas de trabalho que garantam o atendimento das demandas e não comprometa uma atuação qualificada desses trabalhadores. É possível identificar isso com base nesses relatos:

A gente enfrenta problemas seriíssimos por conta da questão da temperatura. Não tem a menor condição de atender com o sol no rosto! Nossa sala de curativo fica aqui do lado do sol. A gente já implorou um toldo, uma mão francesa, pra que a gente pudesse atender numa condição melhor. Porque você está fazendo um curativo contaminado, você acaba por impulso, por reflexo passando a mão pra tirar o suor. Quer dizer, você com a luva aqui no rosto, você acaba se contaminando. A sala é muito quente acaba gerando proliferação de microorganismos [...]. É desconforto pro usuário.

Outra coisa uma sala só pra curativo, nebulização, retirada de ponto, sorologia, soroterapia, enfim, uma sala só, pra tudo. Então fica aquele entra e sai da sala. Às vezes a pessoa está fazendo um soro, tem que tirar ela de lá. Tem que tirar a enfermeira da sala dela pra botar essa pessoa lá porque chegou um curativo. Entendeu? A gente queria tudo dividido [...].

Tudo isso a gente reivindicou, uma salinha separada pra triagem, etc... Enfim, são reivindicações que são plausíveis pro conforto e segurança do paciente também, e pra gente que está trabalhando nesse limite.

Não tem uma sala adequada pra doutora trabalhar, não tem uma sala de curativo, não tem uma sala pra farmácia. Porque você sabe, a medicação tem que está num canto bem adequado, a farmácia daqui não é adequada. Então assim, a situação é bem precária, mas como a gente não tem outro canto pra trabalhar vai esse mesmo.

Considerando as especificidades do trabalho em saúde, as condições de trabalho devem levar em conta, uma adequada estrutura física que assegure as

condições de proteção e segurança contra riscos de contaminação e adoecimento tanto para o trabalhador, quanto para o usuário. Os relatos dessas trabalhadoras, bem como a visita em loco, permitiu-nos identificar que existe em algumas unidades de saúde certo imprevisto na adequação da estrutura física. As condições de estrutura física dessas unidades comprometem a realização qualificada das ações cotidianas, pela ausência de espaço físico adequado, condições de ventilação, iluminação e temperatura. Na verdade, existe uma adequação de imóveis residenciais em unidades de saúde.

Considerando que a proposta da ESF é atuar dentro da comunidade existe uma estratégia de adaptação desses imóveis. É importante ressaltar que as unidades de Saúde da Família estão localizadas, preferencialmente, em bairros periféricos, e a oferta de imóveis tem como características habitações modestas que comportam uma estrutura mínima. Desta forma, esta adaptação de imóveis residenciais em uma unidade de atendimento não terá as condições ideais e necessárias para realização das atividades de saúde. Como referiu uma entrevistada: “Casinhas alugadas, muito precárias, escuras”. O imprevisto nas condições de atendimento passa a ser uma estratégia para garantir o acesso ao serviço.

Em alguns bairros foi possível instalar as equipes de saúde nas antigas estruturas dos tradicionais postos de saúde. Neste caso, as condições estruturais são melhores, como podemos observar nestes depoimentos:

A estrutura da nossa unidade! Eu acho, comparando com essas casinhas que eles alugam, casinhas pequeninhas, muito precárias, escuras... Aqui por já ser um posto antigo, ele tem um aspecto bem melhor. Eu acho que a nossa unidade, comparando com muitas é nota 8.

Aqui eu acho que está unidade é privilegiada. [...] A gente tem essa sala de reunião, cada um tem sua sala de trabalho, então estruturalmente não vejo problema.

Considerando esta realidade é possível reconhecer que ao oferecer boas condições nas estruturas das unidades de saúde, existe uma melhor satisfação no trabalho da equipe. A existência de precárias condições nas estruturas físicas passa a ser um agravante a mais na precarização das condições de trabalho.

Outro elemento de destaque que podemos identificar, ainda relacionada às condições básicas para o atendimento, refere-se à falta de condições objetivas para a realização das atividades. Os relatos a seguir demonstram que as especificidades do trabalho na ESF exigem recursos que não estão restritos à estrutura física da unidade de saúde.

Outra coisa que precariza o trabalho no dia a dia são as distâncias. Quando você pega uma comunidade que o território é amplo e você não tem a disponibilização de carro da secretaria pra fazer a visita! Isso é muito dificultoso.

Eu lembro que na [...] teve uma época que a gente ia fazer visita a pé [...]. Prá chegar era uma faixa de meia hora andando [...].

A partir do momento que a gente falou que não ia mais fazer visita a pé lá no sítio, que só ia quando a secretaria mandasse carro... Sinceramente, faz muito tempo que não tem visita no sítio. Tem só a visita do ACS, porque inclusive ele mora lá [...]. Mas a visita do médico, de auxiliar... Faz tempo que não tem [...].

Uma coisa gravíssima que atrapalha o trabalho da gente é essa central de marcação de consulta. Porque antes o usuário ele ia lá, levava uns quatro exames, um hemograma, um LDV, uma tomografia. Ele enfrentava aquela fila, mas é como eles dizem: só saía de lá com os três ou quatro marcados. Agora não, vai lá pra secretaria e não volta. Um dia desses já foi dois malotes e até agora nada![...]

Tem um eletro aqui, uma coisa simples, mas o que aconteceu com ele? Foi lá pra secretaria em janeiro e pronto. É uma irresponsabilidade muito grande, uma falta de sei lá o que... [...]

A gente não pode fazer nada, o pessoal (*referindo-se aos usuários*) cobra muito da gente. Cobra demais!

Foi relatado por todas as entrevistadas as sérias dificuldades no sistema da rede assistencial de apoio, tanto relacionado a exames de diagnóstico e laboratoriais, como para consultas de determinadas especialidades. Existe um entrave nesta rede de referência e contra-referência que inviabiliza o processo de investigação diagnóstica e retarda o tratamento dos casos apresentados pelos usuários. A ineficiência no sistema de marcação de consultas recai sobre os trabalhadores da ESF, não só pelas constantes cobranças dos usuários na agilização do tratamento. Mas também, pela incapacidade deles de darem resolutividade a casos relativamente simples, mas que demandam informações desses serviços de apoio imprescindíveis para efetivação das ações de saúde. Neste longo depoimento abaixo, nós podemos identificar que esses entraves são decorrentes da forma de organização da rede de serviços de saúde do município.

[...] Você está com um exame, marca pra daqui há 40 dias, os mais básicos, os menos básicos minha filha...

A gente tem que partir do principio de que onde você implanta PSF aumenta a demanda, não diminui demanda. Por quê? Porque existem agora atores entrando na casa das pessoas e investigando problemas e tentando facilitar o acesso [...]. Só que o restante da estrutura não foi organizada. Ela não esta preparada, a oferta de especialidades, de hospitais, de laboratórios, ela não está preparada pra essa demanda que está aumentando.

E isso está acontecendo mais uma vez agora, quando o governo implantou mais equipes. É bom implantar, é bom aumentar a cobertura do PSF,,mas aumentar só pra dizer que tem muitos PSF sem qualidade? Sem qualidade que eu digo é sem resposta. Porque toda equipe de saúde da família tem um limite. O limite esta posto, a gente tem um limite de resolutividade, tem coisas que não cabe a nós resolver.

Como é que essas pessoas estão tendo acesso? Não estão tendo acesso porque você passa um ano pra dá o diagnóstico de uma doença grave [...]

Assim você fica no nível da frustração!

Isso retrata a relação direta que existe entre as condições objetivas de trabalho e sua interferência no nível de satisfação e realização de seus trabalhadores. O fato de desenvolver uma atividade que não consegue atingir seus objetivos causa frustração, desânimo e indignação. Esta realidade afeta o trabalho nas unidades tanto da zona urbana como na zona rural e assume uma conotação de agravamento das atuais condições de trabalho.

Sem minimizar as precárias condições da estrutura das unidades de saúde da zona urbana, talvez a situação mais agravante das condições de trabalho neste aspecto, estejam relacionadas às equipes de saúde instaladas na zona rural. É preocupante em virtude da ESF fazer cobertura de 100% da zona rural, fato que tem sido muito enaltecido pelos gestores, mas que não revelam em que circunstâncias e condições as equipes têm trabalhado.

Este relato ilustra em que condições de trabalho vêm se dando o atendimento na zona rural:

É porque aqui tem umas dificuldades que são próprias do local. Do fato de ser zona rural, das distâncias... Dificuldades que a gente já sabia [...]

Tem as dificuldades do local, que sempre teve, e tem algumas dificuldades que apareceram mais agora.

A questão do transporte, que podia ser mais garantido. A gente ter um carro pra poder programar as visitas domiciliares [...]. Porque o carro está com a gente, depois de tanta briga, mas a gente divide com outra equipe. Às vezes não tem gasolina, então não pode fazer...

Isso interfere nas visitas e às vezes interfere no próprio atendimento. Já teve dia que da gente não ir atender em [...], que é uma área problemática, extremamente carente e longe e a gente não foi [...] A gente teve que ligar e até pra ligar é difícil. O posto estava cheio de gente pra ser atendido. O povo vai de carroça, vai a pé. Fica uma insatisfação com a gente, porque a população fica com raiva da gente. Eles não sabem das condições e dizem: Eles não querem vir!

As dificuldades do trabalho na zona rural extrapolam as condições inerentes as questões locais, como as distâncias, as estradas precárias e a dificuldade de acesso dos usuários à unidade de saúde. As condições de precariedade se agravam no momento de atendimento das demandas do que eles denominam de “âncoras”. As âncoras são postos de atendimento montados nas localidades mais próximas aos sítios e assentamentos, mas estas não oferecem a mínima infraestrutura, embora sejam a base de apoio para o atendimento e os trabalhadores precisam se deslocar até ela para que a população tenha acesso aos serviços. Esses depoimentos confirmam isso:

A gente tem uma sede e três âncoras que são postos mais afastados bem na zona rural mesmo, que já são feitos para facilitar o acesso, porque pra eles (*usuários*) virem prá cá seria praticamente impossível. A gente já atendeu aqui três ou quatro meses numa âncora sem água. Porque a cisterna estava rachada e eles (*se referindo à secretaria de saúde*) não vinham ajeitar. A gente apelou aos agentes de saúde que levavam água para a gente lavar as mãos em garrafas pet.

Às vezes a gente chega lá (*na âncora*) dez horas da manhã, num carro pequeno cheio de gente. A dificuldade na hora do almoço, do transporte levar o almoço. Muitas vezes a gente nem tem essa hora de almoço. A gente almoça e deixa logo umas pessoas ali esperando [...].

Não, não diga que a pessoa vai trabalhar do mesmo jeito não. Porque é uma coisa que você precisa prestar mais atenção, às vezes é uma gestante mais complicada... E às vezes eu estou cansada... Talvez se fosse em outras condições não ia ter tanto cansaço.

A expansão da ESF para a zona rural também não foi acompanhada por um conjunto de medidas que pudessem garantir o acesso aos usuários e manter condições de trabalho adequadas a esses trabalhadores. Desta forma, acentua as condições de precariedade do trabalho e expõe os trabalhadores à fadiga, ao desestímulo e compromete a qualidade do serviço.

Ainda compondo esses fatores diretamente relacionados ao cotidiano de trabalho, existe outro aspecto destacado pelos trabalhadores como a falta de

manutenção dos recursos materiais, que envolvem instrumentos de trabalho e a falta de insumos específicos, como medicamentos. O trabalho em saúde requer a interação desses elementos. O processo de trabalho se efetiva, a partir do manuseio de equipamentos e insumos fundamentais para a investigação, tratamento e recuperação da saúde. A ausência ou falta temporária desses elementos compromete o atendimento e precariza as condições de trabalho. As trabalhadoras apontam essas dificuldades

A estrutura de material, nesses últimos três meses, eu não tive paralisação. Um problema da odontologia no PSF de Campina Grande é uma melhor organização dos serviços de manutenção. Quando alguma coisa quebra, não existe uma reserva de peças de reposição. O compressor, por exemplo, a gente fica de cachorrinho carregando ele porque já furtaram o nosso [...].

No momento em que há paralisação do atendimento clínico, que é a maior demanda, eu não consigo ter paz para trabalhar a prevenção.

[...] Falta tudo. A gente tem uma medicação básica, um mês falta uma coisa, outro falta outra. Esse ano está faltando menos porque é ano eleitoral, a gente não pode negar isso. Estava faltando remédio em todas as unidades de saúde [...] A curadoria deu em cima... Aí bota remédio agora nas unidades.

No material de trabalho algumas coisas básicas faltam. Tem dias que não tem nem papel higiênico na unidade, não tem material de limpeza... Então, eu acho que na parte de material, de insumos sempre tem coisa faltando, nunca tem tudo. Uma das coisas que falta muito, que eu acho muito importante, é a parte de planejamento familiar. É uma das coisas que mais faz falta aqui.

A partir do relato dessas trabalhadoras é possível identificar que as condições de infraestrutura das unidades de saúde, bem como a organização dos serviços de apoio diagnóstico têm uma interferência direta sobre as condições de trabalho. Existe uma responsabilidade na prestação dos serviços que deve ser assumida pela gestão municipal, mas que acaba sendo transferida para o trabalhador de saúde. É ele que está na linha de frente, em contato com o usuário, explicando e justificando a demora, as impossibilidades de acesso de ações que não estão sob seu domínio. Ele representa neste momento a prestação do serviço. Há uma exposição constante do seu papel e competência profissional, das suas impossibilidades de atuação sobre as condições de trabalho oferecidas pela gestão municipal. Emerge um elemento de precarização que se expressa na pouca

resolutividade da prestação de ações de saúde, que provoca a insatisfação tanto do usuário como nos trabalhadores.

Ao referirmos que uma expressão da precarização na ESF tem uma relação com as condições de trabalho oferecidas pela gestão municipal também, identificamos ainda dois elementos importantes nesta realidade que são: a excessiva demanda e a falta de trabalhadores para compor a equipe, principalmente de ACS. A questão da demanda está relacionada ao número de famílias cadastradas para cobertura de cada equipe de saúde. O Ministério da Saúde recomenda de 600 a 1000 famílias. As referências de queixas no volume de atendimentos são explícitas quando o número de famílias chega próximo de 600, e isso compromete o atendimento e implica em desgaste físico e mental para toda equipe. Alguns depoimentos demonstram esta realidade:

Hoje já existem equipes de saúde da família com 1000 famílias [...]. Isso dá uma sobrecarga, principalmente, dependendo das condições socioeconômicas do bairro que você trabalha.

Aqui a gente consegue trabalhar direitinho porque nós temos uma quantidade boa de famílias (*são em torno de 560 famílias*), o que não ocorre com a maioria das equipes, que tem quase mil famílias. Não pode trabalhar desse jeito [...].

O problema da demanda se agrava quando destacamos a carga de trabalho do assistente social e do cirurgião dentista. Para o assistente social as condições são degradantes como relatado abaixo:

Estou com seis equipes. Cada equipe tem em média 550 famílias. A equipe que tem menos tem 430 famílias. É um trabalho que infelizmente tem sido de apagar incêndios. [...] Como ele (*se referindo a si mesmo*) só vai uma vez pra unidade, então ele começa a resolver os casos imediatos como violência, algum problema dentro da própria organização da equipe, ou uma visita urgente pra fazer... Isso tem precarizado demais o trabalho. Não tem mais uma demanda organizada como tinha antes, quando eram só duas equipes [...]. Então os grupos educativos, nos fazemos a custa de muito sacrifício, pra que a gente não fique só nessas atividades imediatas de atendimento individual [...]

Para o cirurgião dentista há sempre uma sobrecarga de trabalho pelo fato de atender a demanda de duas equipes com um agravante de sempre haver uma significativa demanda reprimida, como elas relatam:

Olha o que a gente realmente necessitaria aqui seria de outra equipe [...]. De mais atendimento no consultório que é o que as pessoas precisam [...]. Só uma equipe de saúde bucal pra duas equipes de saúde da família... É muita gente, a procura é grande.

Eu acho que esse modelo de uma equipe de saúde bucal pra duas está completamente difícil de trabalhar. Aqui seria em torno de 1700 a 1800 famílias, juntando as duas equipes. Então é um universo muito grande para a saúde bucal.

[..] Eu já estou com agenda lotada mas se eu vejo que a se eu deixar essa paciente solta, de repente ela pode se dispersar, aí eu seguro. Em contrapartida, minha agenda vai inchando, inchando [...]

Esses últimos relatos descrevem uma situação peculiar de duas categorias de profissionais, mas que têm reflexos no processo de trabalho da equipe, produzindo uma sobrecarga de trabalho advinda tanto da grande demanda como das condições de trabalho ideais para atendê-la. Em alguns casos, a real demanda não pode ser dimensionada pela ausência do ACS para fazer cobertura da área adscrita. Em todas as equipes que foram entrevistadas havia um déficit de ACS, desta forma não era possível precisar o real número de famílias cadastradas para as equipes. Esta falta de ACS tem implicações no que se refere às condições de trabalho. Primeiro porque causa a sobrecarga de trabalho nos ACS, que têm de alguma forma, fazer essa cobertura, mesmo que não seja realizando visitas domiciliares sistemáticas. O outro é que a ausência do ACS na área implica na ocultação das demandas, dificultando uma previsão de insumos, medicamentos e agendamento das consultas. As áreas, ou microáreas como eles denominam, estando descobertas, impede que a equipe faça um planejamento que corresponda às reais necessidades da área de trabalho. Pois, mesmo sem o ACS os usuários se dirigem à unidade e tem que ser atendidos porque estão cadastrados na área adscrita, A ausência do ACS foi apontada como um elemento que dificulta o trabalho na ESF como podemos avaliar com esses depoimentos:

A gente tem três microáreas sem agente de saúde, é uma das coisas que dificulta. São sete microáreas, três estão descobertas [...]. Aí o número de famílias a gente não tem exato, já porque a gente chegou na área sem esses três agentes.

A gente trabalha assim: a gente divide o trabalho da área descoberta, eu e mais três. A gente só vai fazer cobertura do remédio, explicar ao pessoal, se

ta tomando, quando vence... [...] Essa área está descoberta faz um ano, foi quando a menina pediu transferência pra outra equipe.

De uma forma geral, pelo relato das trabalhadoras, existem muitas equipes com falta de profissionais, inclusive médicos. Como nossa pesquisa usou como critério de abordagem as equipes completas, não podemos retratar os impactos causados pela ausência de outros membros da equipe. O que constatamos é que a falta dos ACS tem interferência sobre as condições de trabalho da equipe, contribuindo para agregar mais um elemento indicador da precarização do trabalho na ESF. Quando o trabalho coletivo não se concretiza, as demandas se pulverizam e sempre tem um membro da equipe que fica sobrecarregado, mas é uma sobrecarga não determinada pela vontade individual dos membros da equipe, mas pelas condições objetivas impostas à organização do processo de trabalho

Nos relatos das trabalhadoras também aparece um outro indicativo de precarização do trabalho que também é resultado da forma de organização dos serviços assumida pela gestão municipal. Apresenta-se nos discursos uma tônica de valorização da produtividade, cobrada através do aumento do número de consultas e procedimentos realizados.

O foco central da ESF são as ações preventivas e de promoção da saúde, mas percebemos que os profissionais estão centralizando o atendimento nas ações curativas e emergenciais. Desta forma, estão respondendo as requisições do gestor em garantir uma quantidade de atendimento em detrimento de sua qualidade, contando com a exploração da força de trabalho.

Ao indagarmos as entrevistadas qual a atividade mais requisitada para sua função, foi unânime a resposta que traduzem uma centralização no atendimento das demandas individuais de caráter curativo, como:

Consulta, consulta, consulta! [...]

Hoje em dia o pessoal da secretaria tem insistido muito no número de atendimentos!

Se você trabalha com um número X de famílias, você sabe exatamente quantas mulheres você tem, quantos idosos você tem, quantos diabéticos, quantos hipertensos. E a secretaria, por exemplo, tem cobrado incessantemente: tem que fazer 40 citológicos por mês com as mulheres! Eu não tenho 40 mulheres pra fazer citológico, entendeu!

Esta focalização do atendimento tendo como parâmetro o número de consultas e procedimentos representa, segundo uma entrevistada, uma descaracterização do que se propõem a ESF, ao afirmar:

Então isso é um choque de planejamento. Isso é um planejamento vertical, que foge da proposta de planejamento estratégico que o PSF se propõe [...].

Então há uma cobrança assim: tem que cumprir.

A coordenadora veio aqui há quinze dias atrás. Ela não quer saber se eu tenho agente comunitário pra fazer essa chamada pra vir pro posto. Ela quer saber que eu cumpra a meta.

Então há uma inversão de proposta quando a gestão, que deveria está trabalhando com o planejamento estratégico, buscando atingir uma cobertura ideal e dentro de um planejamento viável, não no imaginário.

As exigências de produtividade caracterizam que enfoque de atuação da ESF está reproduzindo um modelo de atenção à saúde que se pretende superar. Contraria a lógica da prestação do serviço, como abordamos na análise dos serviços. É necessário recuperar o fundamento da lógica do serviço público, como lembra Zarifian (2001), em que prevalece a finalidade, a função social que deve orientar toda a organização e sobre a qual se julgam os resultados. A idéia principal é que “o serviço não é somente o ponto de chegada da produção. É também o ponto de partida [...]” (ZARIFIAN, 2001, p. 70). Nesse sentido, esta lógica deve funcionar numa direção inversa da lógica industrial da produtividade e lucratividade mas sim, privilegiando a relação estabelecida com o destinatário, uma relação direta, criando laços de confiabilidade, compromisso e fidelidade.

Os últimos depoimentos transcritos demonstram uma forma particular, específica de critérios e metas de produtividade dentro dos serviços públicos de saúde. Certamente que esta produtividade não aparece como fim de lucratividade, principalmente em se tratando dos serviços de atenção básica. Neste âmbito, a prestação de serviços deve respeitar outras medidas de rentabilidade e a alocação de recursos não orientando-se por critérios quantitativos, mas buscando o que Médici (1989) recomenda: a eficácia, não como medida de maximização dos lucros, mas através de maior resolutividade dos serviços, maior cobertura, maior satisfação dos usuários. Seguindo esta lógica, consideramos que isso também repercutiria em melhores condições de trabalho.

É necessário demonstrar que a focalização no número de consultas, a cobrança no cumprimento de metas de procedimentos, restringe a ação dos

trabalhadores ao espaço físico da unidade de saúde. Instala-se uma tendência de quebra da lógica da ESF que deve privilegiar as condutas e práticas de ações preventivas que necessariamente requerem uma ação intersetorial articulada com os interesses das famílias assistidas.

Esta busca da produtividade no campo da saúde parece estar relacionada ao aumento de procedimentos, não ao alcance das ações de saúde e sua efetividade. O crescimento do número de atendimentos e consultas na ESF pode resultar, mesmo que indiretamente, em aumento de repasse de recursos aos municípios, muito embora este repasse privilegie o número de equipes instaladas e de famílias assistidas.

Ao assumir essa lógica de organização dos serviços, o gestor recupera os traços de um modelo de serviço de saúde centrado na medicalização e hospitalização, travestido agora na roupagem da Estratégia Saúde da Família.

Para as equipes de saúde que tem mais experiência e vivência anterior na ESF, este direcionamento da gestão é avaliado de forma crítica. Na avaliação deles esta perspectiva de aumento do número de procedimentos tem provocado um desgaste nos trabalhadores, seja pelo cumprimento maciço desses procedimentos, ou pelo confronto causado quando estes se negam a cumprir metas que não correspondem às demandas e interesses da população, como ilustra esse depoimento:

Eu sei que tem equipes que eles cobram. A mim nunca chegaram pra cobrar não. Porque eu aceito a cobrança na qualidade, [...] naqueles trabalhos que são importantes pra atenção básica. Mas porque tem que atender 20, tem que atender 16, quantidade numérica não venha me cobrar. [...] Porque não faço.

Há referências recorrentes desses trabalhadores a associar a precarização do trabalho ao conjunto de condições relacionadas com a execução do processo de trabalho, às limitações impostas tanto pela forma de organização dos serviços, como também pela condições objetivas e subjetivas de trabalho. Uma força de trabalho que embora inserida no campo do trabalho formal, não está liberta da precarização expressa por uma desapropriação e desvalorização como sujeito social. E apesar de assumir uma centralidade nas ações de saúde, o trabalho humano, tem sofrido as repercussões de uma lógica que conduz a força viva de trabalho a uma condição de precariedade.

A noção de precarização envolve uma complexa dimensão para as trabalhadoras da ESF, que parece revelar uma “nova” condição de precarização, não mais restrita a noção de exploração da força de trabalho. Uma noção de precarização, como lembra Mészáros (2006), relacionada a um processo que condiciona a existência de toda força de trabalho pós-fordista no qual tudo se converte em precariedade. Neste sentido, as trabalhadoras apresentam um complexo elenco de elementos que configuram a precarização do trabalho na saúde, a partir desses depoimentos:

Precário aqui é muita coisa! Tenho a sensação que não estou fazendo nada que preste: é o fato de ter uma medicação que não se usa mais; de faltar exames; da gente não ter uma referência que funcione; as condições do local de trabalho; o fato da gente passar dois meses sem um sonar pra escutar a gestante no pré natal [...].

Porque eles dizem: Tem que fazer o pré natal! Mas ao mesmo tempo você tem ela (*a paciente*) com seu cartãozinho todo preenchido, atendido num mês por mim, num mês pela enfermeira, mas sem ultrassom, sem exame de proteína da urina e sem poder escutar o bebê.

É muito frustrante! Eu acho isso muito mais precário do que não ter carteira assinada.

Eu diria que é um trabalho precário, porque a gente fica inventando também um monte de coisa todo dia pra dá conta do que tem. Você trabalha com uma população analfabeta, empobrecida. Você trabalha com um universo tão grande que extrapola seu limite de atuação, que é impossível você não está fazendo uma coisa precarizada [...].

Você tem que toda hora está tirando energia, força pra trabalhar! [...]

Você trabalha num nível de pobreza, num nível de falta tudo, sabe!

Você quer encaminha alguma coisa pro psicólogo, mas você não tem psicólogo pra mandar. Você fica com o problema na sua frente sem saber o que fazer! E isso gera adoecimento na gente também, você vai se envolvendo num nível que você começa a ficar doente!

Os argumentos apresentados pelas trabalhadoras apresentam as expressões concretas da precarização das condições de trabalho na ESF, mas também denotam uma flagrante precarização e desagregação dos serviços de saúde. Está posta uma precarização do trabalho determinada por uma associação de fatores que envolvem a dinâmica do processo de trabalho, as relações de trabalho, as formas de organização dos serviços, a partir da desestruturação dos serviços públicos de saúde.

É fato, que a expansão da ESF no município vem reproduzindo este perfil de atendimento e consolidando uma desregulamentação do trabalho resultante de dois movimentos tecidos/imbricados numa mesma lógica que ao precarizar as formas e condições de atendimento dos serviços de saúde, também se precariza o trabalho e a vida do trabalhador de saúde.

Compondo este cenário a *precarização* do trabalho em saúde revela um processo social constituído pela ampliação e institucionalização das condições de instabilidade e de insegurança, que estão expressas nas novas formas de organização do trabalho, nas condições de trabalho e nas relações de trabalho.

4.3.4 A particularidade da organização política dos trabalhadores

Os aspectos apresentados anteriormente retratam elementos definidores do processo de flexibilização e precarização do trabalho na ESF de Campina Grande. Eles revelam um conjunto de determinações que mantêm as formas flexíveis de relações de trabalho e de remuneração e agudizam a precarização das condições de trabalho.

É possível perceber através do discurso das trabalhadoras que existe uma resistência, que parece ser velada e silenciosa. Entretanto, ela é publicizada em razão das ações cotidianas quando esses trabalhadores resistem em compactuar com uma lógica que imprime um serviço pobre, para uma população pobre.

Esses trabalhadores carregam uma trajetória de luta persistente em defesa da proposta da ESF como um caminho possível de estruturar as bases de um sistema único e público de saúde. Esta trajetória de luta teve a sua frente à Associação dos Profissionais de Saúde da Família – APSF, fundada em 1998 que documenta significativos momentos de luta e resistência desses trabalhadores, que acima de tudo, eram apaixonados militantes do projeto Estratégia Saúde da Família, como uma via possível para uma reforma sanitária.

A dimensão e o papel que essa Associação assume frente aos avanços conquistados pelos trabalhadores da ESF merecem ser destacados. O processo de luta desses trabalhadores pode ser demarcado por dois momentos bem definidos: o período de existência da APSF e o período posterior a sua extinção, em 2005.

Ela representou uma importante referência na defesa e consolidação da ESF no município, empreendendo esforços coletivos na defesa de um serviço de qualidade. Como destaca o depoimento abaixo:

A Associação foi uma das responsáveis, eu diria fundamental, pra gente ter o PSF de referência no Brasil. Porque ela sempre lutou pra que o PSF fosse um PSF de qualidade dentro do município, no sentido de ter profissionais de qualidade, no sentido da gestão olhar pro PSF, não como uma coisinha qualquer, um postinho, mas como uma política séria que atendesse as reivindicações dos profissionais.

A APSF consolidou um espaço de discussão e debate das questões que envolviam as condições de trabalho, as relações de trabalho, mas também, possibilitou o confronto de idéias, a troca de informação e uma articulação entre os trabalhadores. Isso fomentou uma cultura política de participação, criou uma identidade entre os trabalhadores, cultivou a democratização nos espaços de trabalho e constituiu o fortalecimento das lutas reivindicativas.

Essa trajetória sofreu uma fissura, com a extinção da APSF em 2005 e, em 2006, com o concurso público, todos os trabalhadores da ESF passaram a fazer parte da base sindical do SINTAB – Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste da Borborema.

As informações que conseguimos coletar retratam atualmente um momento de desmobilização e desagregação entre os trabalhadores. A atual entidade sindical que representa os trabalhadores da ESF, na verdade, ainda não conseguiu fazer com que esses trabalhadores se sintam representados por ela, como revela esse depoimento:

A gente está sentido assim! Eu não sei o que está havendo com o SINTAB. Não sei se tem alguma politicagem ou não, mas até agora, nesses dois anos a gente não viu muita coisa, muita luta. A gente não conseguiu na verdade nada! Tudo que a gente conseguiu, pelo menos aqui no posto, foi batalha nossa[...].

Na avaliação desses trabalhadores as especificidades das reivindicações e lutas direcionadas a realidade da ESF, que antes eram assumidas pela APSF, ainda não foram incorporadas como bandeira de luta pelo SINTAB. Como entidade de base sindical maior, que envolve todos os trabalhadores públicos do compartimento da Borborema, as questões relacionadas especificamente aos

trabalhadores da ESF, agora se integram a um conjunto de reivindicações dos outros trabalhadores.

Para os trabalhadores da ESF esta é uma nova entidade de representação de seus interesses, não mais interesses segmentados, corporativos, relacionados especificamente às questões específicas da ESF. As lutas e reivindicações agora aglutinam interesses de outras categorias profissionais, de outras áreas e os trabalhadores da ESF parecem interpretar isso como falta de representatividade de suas lutas específicas.

Essa dificuldade de se ver representado nesta nova entidade sindical e sua inclusão como trabalhador público municipal, produziu nesses trabalhadores uma conduta de recuo, de desmobilização e, como eles mesmo definiram, de medo.

A conquista do ingresso via concurso público e dos direitos trabalhistas assegurados ao trabalhador estatutário, não representou um fortalecimento da organização e mobilização desses trabalhadores. Ao contrário, os relatos demonstram que isso provocou uma desagregação das formas de mobilização coletiva e resistência política antes assumida por essas trabalhadoras.

Engraçado, nós não tínhamos estabilidade e lutávamos mais do que agora. Agora a gente tem aquele medo. Eu tenho medo dessa gestão, eu morro de medo. Aí você acaba se acuando e a história do período probatório, que não tem estabilidade.

Antes a gente chegava a fazer greve mesmo sendo celetista. A gente fazia, a gente encarava.

Há um desânimo, há uma frustração muito grande, há uma falta de estímulo [...]. O conselho local de saúde ficou uma coisa sem sentido. Se os profissionais não conseguem se mover pelos seus direitos, como é que você vai conduzir a comunidade. Não há forças nos profissionais, há medo, há medo, isso eu posso dizer com certeza.

Então assim, há um sentimento de grande desestímulo com o projeto como um todo.

Algumas trabalhadoras tentam identificar as causas deste momento de desagregação política e apontam argumentos como:

Com o concurso entrou muita gente nova. Na verdade entrou muita gente que não gosta de PSF, que está no PSF porque arrumou um emprego. Então não vai lutar pra melhorar aquilo ali, porque está querendo sair. E antigamente não! Muita gente que estava, amava aquilo ali [...]. A vida era aquilo ali, lutava, lutava com todas as forças porque queria melhorar...

Se você tem intenção de ficar, você quer que melhore. Mas se você não tem, está ali passando um tempo você não vai atrás de nada.

A realização do concurso delineou outra configuração da força de trabalho na ESF. Ao tempo que aumentou o contingente de força de trabalho, incorporou trabalhadores sem experiência de trabalho neste campo e dispensou outro contingente de trabalhadores qualificados, que não foram aprovados no concurso e que antes atuavam na ESF e guardavam a memória institucional de sua implantação e consolidação no município.

Este fato produziu uma desmobilização política motivada pelo desencanto e desvalorização de um potencial qualificado de força de trabalho, no qual se investiu em capacitação, em aprimoramento e, com a regularização do vínculo trabalhista eles foram dispensados, descartados. Resistiram e lutaram coletivamente pela consolidação da proposta da ESF no município, pela garantia dos direitos trabalhistas, mas não puderam participar integralmente dessas conquistas, a partir do momento que não foram aprovados no concurso. Considerando este processo elas argumentam:

Que engraçado! Antes não era assim. Antes que eu digo é na época que a gente se sentia muito mais produtivo. Hoje há um sentimento de pouco valor, de pouca valia dos indivíduos com relação ao trabalho. Pelo menos as pessoas antigas. Os mais novos eu não sei direito. Porque outra coisa que a gente perdeu foi esse contato, que antes a gente se encontrava todo mês. Eu acho assim há um desestímulo! Uma das coisas que ele (*se referindo ao trabalhador da ESF*) deve está dentro de um processo, é estimulado.

Eu ainda digo a você que é reflexo do processo. Acho que ninguém tem idéia do que é um profissional que depende de um salário e de uma hora pra outra... [...] Quando eu imagino alguém com filhos que depende unicamente do salário, passar por isso. Eu acho que o processo de desprecarização foi muito doloroso, a gente não merecia. Acho que poderia ter sido feito de outra forma, como foi feito com os agentes de saúde. [...] Eu não sei se juridicamente seria possível, mas não precisava ter sido tão contundente. Foi doloroso, doloroso é a palavra.

Dentro dos argumentos apresentados nas entrevistas aparecem desencantos, mágoas, revolta e um forte sentimento de desamparo, mas também uma racionalidade que permite pensar o que vem determinando este processo de desmobilização. O depoimento abaixo retrata bem os reflexos deste processo.

O fato de hoje não haver uma luta... Antes Campina Grande não tinha uma decisão de governo, mas tinha a força dos profissionais. Hoje nem uma coisa, nem outra. Nem há força dos profissionais, nem há decisão de governo. Então cai no lugar comum. E o lugar comum é aquele atendimento por atender, demanda por demanda. Uma coisa parecida com o que a gente

toda vida questionou, que é o fato de se atender demandas altíssimas só pra dizer que tem produtividade.

Neste argumento podemos perceber uma correlação entre o processo de desmobilização e as novas formas de gestão tanto da força de trabalho como da organização dos serviços assumidas pelo governo municipal e, como consequência desta desmobilização, o agravamento da precarização das condições de trabalho e a desestruturação dos serviços.

As evidências empíricas mostram uma tendência já apontada em outros estudos que indicam o processo de flexibilização e precarização do trabalho como definidores da desregulamentação do trabalho, mas também da desestruturação da organização social e política dos trabalhadores.

Os dados empíricos revelam que o processo de flexibilização da legislação social do trabalho de orientação neoliberal rebate no serviço público de forma bastante danosa. A ausência de regulamentação, em Lei Complementar, do direito de livre associação e do direito de greve no serviço público tem reflexos expressivos na organização política dos trabalhadores no setor, principalmente nos municípios. A proximidade com as instâncias de gestão administrativa provocam intimidação e formas de controle da força de trabalho que passam a não assumirem posturas de resistência direta pelo temor do desemprego.

Como destaca a Carta de Brasília(FST, 2008), documentada a partir do Encontro Nacional do Fórum Sindical dos Trabalhadores realizado em Brasília- DF no dia 13/05/2008, é fundamental a defesa da organização dos trabalhadores públicos. Necessário é que o Congresso Nacional reconheça e aprove a Convenção 151 da OIT, instituindo o direito do funcionalismo público às negociações coletivas, e a livre organização nos seus sindicatos.

A ausência de um processo democrático de relações de trabalho no serviço público tende a tornar este trabalho formal e regulamentado numa nova expressão da flexibilização do trabalho. Como lembra Mészáros (2006, p. 8) estamos diante de obstáculos reais enfrentados pelo trabalho, no presente e também no futuro próximo, e estes podem ser resumidos em duas palavras: flexibilidade e desregulamentação.

No caso específico da ESF de Campina Grande, as formas investidas para regularizar o vínculo trabalhista desencadeou um processo de desmobilização,

de fratura na organização dos trabalhadores. Isso é o resultado de condutas equivocadas dentro da gestão da força de trabalho no serviço público, que ao longo dos anos 1990, não primou por investir na construção de uma força de trabalho qualificada, permanente, que assumisse o trabalho no serviço público como uma carreira profissional. Optaram por formar quadros paralelos, com força de trabalho terceirizada, temporária, descartável.

A desestruturação do trabalho e dos serviços de saúde, inclusive da ESF, tem suas referências neste direcionamento político mais geral, que determina em cada realidade, expressões particulares, mas que estabelecem uma relação explícita com uma lógica que racionaliza os custos com a força de trabalho e com a prestação dos serviços fomentando a precarização do trabalho e do trabalhador no serviço público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões empreendidas neste estudo concentram as análises do processo de desregulamentação do trabalho nos serviços públicos de saúde. Os argumentos apresentados a partir da interlocução teórica com os autores e das mediações feitas com as evidências empíricas, fomentam uma discussão crítica sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito dos serviços públicos. Esses argumentos integram a síntese deste estudo e foram fundamentais para explicitar os fios que tecem a desregulamentação do trabalho no campo dos serviços públicos de saúde.

Ao discutir e analisar as particularidades da experiência da ESF de Campina Grande/PB, foi possível identificar as novas configurações da organização do trabalho em saúde destacando: a particularidade da precarização do trabalho, as estratégias de gestão política da força de trabalho e as condicionalidades da organização política dos trabalhadores. Desta forma, sedimentando os argumentos que revelam a atual conformação do trabalho em saúde na esfera municipal.

Nossas reflexões têm como ponto de partida a análise das determinações macro-sociais que auxiliam na compreensão dos contornos mais gerais que configuram esta nova conformação da força viva de trabalho. Identificam as tendências dominantes no modelo de organização capitalista atual que determinam e conduzem o processo de desregulamentação do trabalho em escala global. O setor serviços integra a dinâmica desta lógica e respondendo às exigências da maximização da lucratividade, apresentam-se tanto como vetor de expansão do capital, como também criando as condições necessárias à sua efetivação. Os serviços públicos são incorporados por uma lógica que fomenta a rentabilidade e seu papel passa a ser de dinamizador e viabilizador da produtividade do capital.

Seguindo esta tendência estamos determinados por um projeto societário que defende um liberalismo monetarista, instituindo uma nova ordem burguesa, e que tem como um de seus eixos um Estado eficaz para atender às necessidades do capital, mas restrito em sua base social. Nesta direção, emergem novas requisições para a intervenção estatal. Em nossas análises indicamos com clareza que o Estado tem exercido um papel importante para assegurar a expansão e consolidação dos mecanismos de lucratividade do capital nos diferentes momentos do capitalismo. E,

no momento presente, a ordem do capital requer um Estado que assegure as condições de produção e reprodução do capital e corresponda à intenção de ser mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

Fundamentalmente direcionado por esta lógica, o mercado legitimou no campo das políticas públicas uma desigualdade no acesso, uma seletividade nas ações, uma focalização e privilegiamento de setores mais rentáveis, bem como uma racionalização da força de trabalho.

Para o setor público de saúde isso repercutiu na formação de uma ilusória parcela de consumidores de serviços de saúde. As evidências estão na dificuldade de acesso aos serviços, na quebra da universalidade, na desestruturação dos serviços e na precarização da sua força de trabalho. Na medida em que o setor saúde passa a ser cada vez mais funcional aos interesses do mercado, esta lógica interfere na organização e estruturação da força de trabalho redirecionando as formas de gestão do trabalho neste campo. Institui-se um padrão de intervenção estatal que imprimiu inovações no setor saúde incorporadas por novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas.

Determinado por essa lógica instaura-se um processo de agudização da precarização do trabalho em saúde que se expressa nas medidas concretas de desregulamentação do trabalho. Analisamos este processo de precarização tendo como referência as características próprias do trabalho em saúde que têm seus fundamentos relacionados, por um lado, a fragmentação, heterogeneidade, rotinização, e o lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Mas, por outro lado, pelas novas formas de gestão do trabalho no setor que envolve a flexibilização e desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho comprometendo diretamente a prestação dos serviços de saúde.

Identificamos que o processo de desregulamentação do trabalho que atinge os serviços públicos de saúde se expressam no acirramento desta precarização do trabalho e nas estratégias de flexibilização como indutoras de uma nova conformação do trabalho na saúde.

O trabalho em saúde, como analisamos, traz nos seus fundamentos uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço. Uma interação também condicionada pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que determinam as possibilidades de atuação e definem os resultados da prestação dos serviços.

Mas, em que pese as medidas restritivas de uso da força de trabalho neste contexto, o trabalho humano mantém uma centralidade no campo da saúde, usado de forma intensiva e insubstituível. Entretanto, como o setor saúde não pode imprimir uma substituição de sua força de trabalho, a despeito do uso intensivo de tecnologia, este vem segregando e desvalorizando o trabalho em saúde pela via da sua desregulamentação e precarização.

Constatamos que a despeito de sua importância, as ações no campo da saúde não têm creditado à força de trabalho o valor e significância que estes representam no processo de trabalho em saúde. O conjunto das reflexões apresentadas no decorrer deste estudo revelou um processo de desvalorização da força de trabalho em saúde como elemento desta nova conformação do trabalho no âmbito do setor público.

A construção de nossa síntese indica os condicionantes que traçam esta *nova conformação da força de trabalho em saúde e as novas exigências para atuação nos serviços*.

A partir das reflexões empreendidas neste estudo, podemos indicar que esta atual conformação da força de trabalho responde a novas exigências de atuação no campo da saúde. A recorrência ao “novo” precisa ter como parâmetro a captura de antigas formas de exploração do trabalho, reeditadas a partir das atuais requisições do trabalho em saúde. Sobre o enfoque da racionalização da força de trabalho estas requisições enfatizam a busca da eficiência e da eficácia dentro do campo da saúde pública.

A ESF passa a ser um exemplo emblemático dentro dessa tendência por concretizar o princípio básico dessas novas exigências, que seja: *a racionalização da força de trabalho*, a economia dos custos com a força viva de trabalho tônica dominante no atual mundo do trabalho. Os serviços públicos incorporam esta lógica racionalizadora ampliando ações que exijam um menor número de trabalhadores, com restrita qualificação e que assegure um baixo custo com os serviços.

A organização do trabalho na ESF tem como requisito o estabelecimento de uma equipe básica com uma composição mínima de trabalhadores para atender a complexidade do processo saúde-doença da população dos bairros periféricos e empobrecidos das cidades. Uma equipe básica de saúde da família composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Na ESF de Campina Grande/PB identificamos uma possibilidade de ampliação da equipe

com a incorporação do assistente social e também da equipe de saúde bucal, entretanto, seu foco de expansão está centrado na equipe básica. É esta conformação de equipe de saúde que tem predominância na prestação dos serviços. Há uma evidente focalização da expansão deste modelo de equipe de saúde, haja vista os significativos investimentos dos municípios para ampliação da ESF.

Esta composição de equipe de saúde apresenta, além do elemento de racionalização da força de trabalho, uma efetiva expansão de serviços de saúde de baixa complexidade e com pouca resolutividade frente às demandas apresentadas pelos usuários. Constatamos que a atuação dessas equipes de saúde apresentam limites claros de resolutividade e que ao expandir este tipo de estratégia de atenção à saúde exige-se uma rede de apoio sistemática para dar conta das demandas que emergem da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Ainda como reflexo do modelo racionalizador da força de trabalho identificamos que nesta equipe um novo trabalhador de saúde assume um significado e representação importante no trabalho em saúde. A equipe conta com os Agentes Comunitários de Saúde, que integra a equipe e sua composição deve estar relacionada ao número de famílias atendidas em sua área de abrangência. Este trabalhador de saúde reside na área adscrita de atendimento da equipe, domina o conhecimento local, conhece os moradores, é o identificador das demandas por saúde. Representa um eixo fundamental entre a equipe e a população usuária.

Este trabalhador assume uma dupla funcionalidade por aproximar trabalhador de saúde e usuário, mas também expande o acesso aos serviços através da visita domiciliar que representa a identificação das demandas *in loco*. Entretanto, também representa a racionalização dos custos com os serviços de saúde pelas exigências de pouca qualificação e baixa remuneração desta força de trabalho, que se reflete também numa baixa resolutividade dos problemas apresentados. É um trabalhador de saúde e também potencial usuário dos serviços da ESF. Podemos indicá-lo como um novo sujeito dentro do trabalho coletivo em saúde, que tem o potencial de resgatar uma característica fundamental do trabalho em saúde: a relação entre o prestador e prestatário, a relação do profissional que atende e presta o serviço, com um outro, o requisitante do serviço, tão cara ao processo de trabalho em saúde.

Indicamos em nossas análises uma importância a este elemento do processo de trabalho em saúde que dinamiza a relação trabalhador e usuário, permitindo ao trabalhador imprimir uma direção mais autônoma à sua ação. Este é um traço marcante dos serviços de saúde que é categorizado por Merhy (1997) de “intersecção partilhada” que constitui este encontro entre “sujeitos”, o trabalhador de saúde e o usuário, no interior do processo de trabalho. Seguindo esta direção as ações de saúde assumem sua característica de *serviço*, como refere Zarifiann(2004) respondendo a potencialidade de atuar sobre as condições de existência dos indivíduos e da coletividade agindo sobre as condições de vida de seu destinatário, atendendo às suas necessidades e expectativas.

Seguindo nesta direção a operacionalização dos serviços de saúde, tem no ACS, juntamente com os outros membros da equipe básica, um conjunto de *novas exigências* para o trabalho em saúde, que ficam explícitas quando:

1. da requisição da organização de um processo de trabalho coletivo que integre o usuário e a equipe;
2. das exigências de novas práticas de saúde enfocando a promoção, prevenção nas ações de saúde através da participação comunitária, e;
3. do forte apelo ao estabelecimento de vínculo do trabalhador com o usuário e com a família.

Comparece um elenco de exigências descritas nas atribuições desses trabalhadores que requerem um perfil de intervenção que supere o modelo biomédico centrado na doença mas, contraditoriamente, são claras as exigências de antigas práticas de saúde. Identificamos que se requisita um outro perfil para reproduzir práticas de saúde que privilegiem o número de atendimentos, a quantidade de procedimentos executados focados na doença que acabam cerceando a possibilidade de vínculo trabalhador e usuário.

O enfoque redirecionador das práticas de saúde, com efetiva participação dos usuários é suplantado, e isso fica evidente na ESF de Campina Grande/PB. Podemos indicar isso frente a características específicas da composição da equipe no município que conta com o profissional de Serviço Social, mas que suas condições objetivas de trabalho, como vimos, reforça a produção de ações direcionadas para atendimento das demandas emergenciais deslocando o foco da construção de práticas socializadoras no campo da saúde.

O que identificamos é que a atuação na ESF, contraditoriamente as atribuições requeridas para os trabalhadores nesta atividade, vem demandando concretamente uma reprodução das tradicionais práticas de saúde. Um trabalhador integrando num processo coletivo de trabalho, mas requerendo competências individuais, focalizadas e segmentadas. As requisições de competências e habilidades confundessem na prática com ações centradas num processo de trabalho fragmentado e fragilizado por uma lógica curativa que privilegia a produtividade no campo da prestação dos serviços.

Desta forma, constatamos expressões concretas da precarização do trabalho na ESF que retratam novas e antigas requisições para atuação da força de trabalho no campo da saúde.

As referências relacionadas às condições de trabalho na ESF envolvem tanto os fatores diretamente relacionados ao cotidiano de trabalho como: a falta de manutenção dos recursos materiais; a falta de insumos específicos; a precária estrutura física das unidades de saúde; a excessiva demanda; e a falta de uma rede assistencial de apoio. Também são reveladores os fatores relacionados à organização dos serviços, a gestão política da saúde no âmbito municipal e as relações de trabalho que tem impactos significativos na condução das ações de saúde e integram uma complexa rede de determinação das condições de precariedade do trabalho nesta realidade.

Está presente como indicativo de precarização das condições de trabalho a valorização da produtividade, cobrada através do aumento do número de consultas e procedimentos realizados. Isso é um elemento de continuidade, não é novo no campo da saúde, embora seja incompatível com os fundamentos da eficácia e eficiência nos serviços de saúde, como destacamos nos argumentos de Médici (1989). Esta perspectiva de aumento do número de procedimentos vem provocando um desgaste nos trabalhadores, seja pelo cumprimento maciço desses procedimentos, ou pelo confronto causado quando estes se negam a cumprir metas que não correspondem às demandas e interesses da população.

É visível que esta busca da produtividade no campo da saúde está relacionada ao aumento de procedimentos, não ao alcance das ações de saúde e a sua efetividade.

Integrando esta nova conformação da força de trabalho em saúde identificamos um elemento revelador da desregulamentação do trabalho nos

serviços públicos. Uma característica marcante neste contexto são as evidências da flexibilização das relações de trabalho, que caracterizam as modalidades de remuneração adotadas pela gestão municipal.

Esta flexibilização das formas de remuneração correspondem a um processo de desregulamentação do trabalho, que como vimos em Antunes (2007) esta ancorado num processo de erosão do trabalho contratado e regulamentado caracterizado pelo autor como um processo de *precarização estrutural do trabalho*, no qual os capitais globais requerem também o desmonte da legislação social protetora do trabalho.

Na ESF de Campina Grande/PB parece se constituir uma outra condicionalidade para a regulamentação do trabalho no serviço público, a partir na formalização dos atuais padrões flexíveis de remuneração. Para os trabalhadores da ESF foi garantida a regularização da forma de ingresso no serviço público, através de concurso, e os diretos trabalhistas compatíveis com o trabalhador estatutário, entretanto isso não assegurou à força de trabalho em saúde a integralidade dos direitos e à proteção ao trabalho

Para a força de trabalho o que se confirmou foi uma nova base de regulamentação do trabalho. A flexibilização do trabalho é expressa na forma de remuneração desses trabalhadores. Uma remuneração parcelada e fragmentada em que as contribuições previdenciárias e seus direitos trabalhistas não correspondem a sua remuneração total. Isso expõe os trabalhadores públicos à condição de incerteza e insegurança, em que pese o vínculo de estatutário que regulamenta sua relação trabalhista no serviço público.

É uma expressão concreta de um processo de desregulamentação das formas de remuneração indicando uma conotação de precarização do trabalho pela desvalorização do trabalho e do trabalhador. Partimos do pressuposto que o trabalho regulamentado garante a proteção social assegurada por relações de trabalho que lhe certifiquem direitos de proteção ao trabalho e a vida e que esta proteção seja mediada pela intervenção de atores sociais como o Estado como gestor da força de trabalho e a organização sindical. A partir dessa compreensão a o trabalho no campo da ESF encontra-se no marco de um processo flagrante de desregulamentação.

Esta desregulamentação do trabalho representa um processo que reflete uma desagregação da proteção social ao trabalho que se expressa nas relações,

nos processos e na organização do trabalho. Concretiza-se, não só pelas modificações nas ações normativas, legais e jurídicas, mas pelas imposições de uma lógica mercantil e produtiva que desvaloriza o trabalho, pela via da intensificação do uso da força de trabalho, pela captura de sua subjetividade e pela ameaça freqüente do desemprego e da desproteção social. Neste sentido, as relações de trabalho no serviço público embora se encontrem num campo normativo, revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e também expressam, a nosso ver, esta nova conformação de desregulamentação no campo da saúde.

A partir das particularidades apresentadas por essa nova conformação do trabalho em saúde indicamos que se formaliza um novo marco de regulamentação do trabalho nos serviços públicos. Há uma tendência de se instituir uma nova regulamentação do trabalho ancorada na restrição de direitos trabalhistas. O que se configura na realidade da ESF é que a regularização do vínculo de trabalho, a formalização do trabalho não lhe assegura a superação de sua condição de precarização.

O que prevalece é uma direção política de gestão do trabalho no campo da saúde direcionada por uma racionalização dos custos com a força de trabalho, desvinculada de uma construção democrática de relações de trabalho no serviço público que não fortalecem um processo de negociação coletiva e tendem a tornar este trabalho formal e regulamentado numa nova expressão da flexibilização do trabalho nos serviços públicos.

A expansão da ESF no município de Campina Grande-PB vem reproduzindo este perfil de atendimento e consolidando uma desestruturação de um serviço que preconiza uma organização do trabalho sobre o enfoque da promoção e prevenção à saúde. Seguindo nesta direção, a expansão da ESF resulta em dois movimentos relacionados numa mesma lógica que, ao precarizar as formas e condições de atendimento dos serviços de saúde, também se precariza o trabalho e a vida do trabalhador de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. Desemprego estrutural e trabalho precário na era da globalização, 2000. Disponível em: www.globalization.sites.uol.com.br/desempre.htm. Acesso em 02/04/2006

AMARAL, A. S. do. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. In: VIEIRA, A.; AMARAL, M. V. **Trabalho e direitos sociais**: bases para discussão. Maceió: EDUFAL, 2008.

ANDERSON, Perry. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006

_____. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G; THÉBAUD-MONY, A. **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

AZEVEDO, Sergio; ANDRADE, Luiz Aureliano. A Reforma do Estado e a Questão Federalista: Reflexões sobre a proposta Bresser Pereira. In: AZEVEDO, Sergio de; DINIS, Eli. (Org.). **Reforma do Estado e Democracia no Brasil**. Brasília: UNB, 1997.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. 2005. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRANDÃO, Isabel C.A. Análise da trajetória histórica da luta pela vinculação de recursos para a saúde pública: força de apoio e oposição. Relatório PIBIC, 2009

BRASIL. Presidência da República – Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS – 15 anos de implantação**: desafios e propostas para sua consolidação. Brasília, 2003.

BRAVERMAN, H. **O trabalho e o capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica – Saúde bucal, nº 17, Brasília, 2006.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal; In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.197-215.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Reforma do Estado para cidadania**. São Paulo: Editora 34, 2002.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Instituições, bom Estado, e reforma da gestão pública**. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br>. Acesso 24/10/2005.

CARDOSO JUNIOR, José Celso. **Crise e desregulamentação do trabalho no Brasil**. Texto para discussão nº 814. Brasília: IPEA, 2001. Disponível em: www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0814.pdf. Acesso em 16 abr. 2006

CAMPOS, F.E; ALBUQUERQUE, E.M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. In: **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho** – ABET, 1999. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST9B.doc> . Acesso em 12 fev. 2007.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. In: **JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE – Ciclo de Debates**. Brasília-DF. 15 de junho de 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/jornada_2005/Apres_04_Gilson.pdf

CARVALHO FILHO. E D.P. de. Evolução do emprego público no Brasil nos anos 90. 2002. 158 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2002.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CORREIA, M V C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 201 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal/RN**: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90. 1998. 174 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-UFPE, Recife, 1998.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. **Uma nova fase do capitalismo**. São Paulo: Xamã, 2003.

DIAS, E. F. Estado, capital, trabalho e organização sindical: a (re) construção das classes trabalhadoras. **Revista Outubro**, São Paulo, nº 12, p. 24-32 , 2005.

DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sergio. **Reforma do Estado e democracia no Brasil:** dilemas e perspectivas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

DRUCK, G. **A perda da razão social do trabalho:** terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

FARIAS, Ana Fábila. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho:** a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande. 2005. 174 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, 2005.

FRIEDRICH, Denise B. de C. **O trabalho em saúde:** focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora. 2005. 151 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GRADEY, J. Emprego, produtividade e avaliação de desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. S. **Relação de serviço**, São Paulo: Senac, 2001.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: “A Proposta de Transformação dos Institutos e Hospitais Federais em Fundação Estatal” do **Seminário...** “A Política de Saúde na Atualidade – alguns desafios”, ocorrido no dia 30 de novembro de 2006, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GORZ, André. Adeus ao proletariado. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1989

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Anual de Serviços. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 15 mar. 2008

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA – IPEA. **O setor de serviços no Brasil: uma visão global** -1985/95. Texto para discussão nº 549. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.

KREIN, J. D. **O aprofundamento das relações de trabalho no Brasil nos anos 90**. 2001. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas – SP, 2001.

KREIN, J. D.; OLIVEIRA, M. A. de. Mudanças institucionais e relações de trabalho: as iniciativas do governo FHC no período 1995-1998. **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho** – ABET, 1999. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST9B.doc>. Acesso em 12 fev. 2007.

KON, A. **Economia de serviços:** teoria e evolução no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LESSA, Sergio. Trabalho imaterial: Negri, Lazzarato e Hardt. [S.l.]: Disponível em: http://www.sergiolessa.com/artigos_97_01/trabimat_unesp_2001.pdf. Acesso em 12 jan. 2009.

LOJKINE, J. **A revolução informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.

MACHADO, M. H. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MANDEL, E. **Iniciação à teoria econômica marxista**. Lisboa: Edições Antídoto, 1978.

_____. **Capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, Karl. **O capital**. Livro I. Vol. 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

_____. **O capital**. Livro I. Vol. 2. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. **Capítulo VI inédito de O Capital**. 2 ed. São Paulo: Centauro, 2004.

_____. **Teorias da mais valia**: história crítica do pensamento econômico. Livro 4 de o Capital. Vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MEDICI, A. C. Força de trabalho e produção de serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 119-143, jan. 1989.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviços. **Revista de Economia Política**, vol. 26, nº 1, p. 101, jan.-mar./2006.

MERHY, E E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E E; FRANCO, T.B. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MÉSZÁROS, I. **Para Além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MOTA, A. E; AMARAL, A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (Org.) **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

NAPOLEONI, Claudio. **Lições sobre o capítulo sexto (inédito) de Marx**. São Paulo: LECH, 1981.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 50. abr., 1996.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Brasil, ano 2000: Uma agenda cristalizada. **Revista Inscrita**, nº 6, CFES, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, R P.; BARALDI, S; RODRIGUES, V de A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises. Vol. 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=51. Acesso em 31/05/05

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

OLIVEIRA, F. de. **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2006.

OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia Fleury. (IM) Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis-RJ: Vozes/ABRASC, 1986.

_____. Neoliberalismo à brasileira. In: ANDERSON, Perry. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **O surgimento do antivalor**: capital, força de trabalho e fundo público. Brasília: Novos Estudos, 1988.

_____. O terciário e a divisão social do trabalho. **Estudos CEBRAP**, São Paulo, v.24, p. 137-168, jul. 1989.

PAULANI, L. O papel da força viva de trabalho no processo capitalista de produção: uma análise dos dilemas contemporâneos. **Revista Estudos Econômicos**. São Paulo, v. 31, n. 4, 2001. Disponível em: www.estcon.fca.usp.br/index.php/estecon/article/view/457/168. Acesso em 23/07/07.

PADILHA, Mirian Damasceno. **Criança não deve trabalhar**: análise sobre o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e repercussão na sociabilidade familiar. Recife: CEPE, 2006.

PIERANTONI, Célia Regina. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades**. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização** – a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SADER, E. GENTILLI, P. A trama do neoliberalismo: Mercado, crise e exclusão In: ANDERSON, Perry. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

SALERNO, M S. **Relação de serviço**: produção e avaliação. São Paulo: Senac, 2001

SANTOS, A. L. **O conflito nas relações de trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado:** a terceirização às avessas. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, M de J. S. **Aspectos da desconstrução da reforma democrática do Estado:** perspectiva gerencial e precarização do trabalho. 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

SILVA, Luiz Marcos de O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro.** 2006. 128 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SINGER, P. **Prevenir e curar:** o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

SOARES, Laura Tavares R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, M A S. L. **Condições de trabalho:** o fazer-se reivindicação trabalhista. 1996. Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 1996.

TAVARES, M A. **Os fios (in)visíveis da produção capitalista:** informalidade e precarização do trabalho. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, F. **Pensando com Marx:** uma leitura crítico comentada de O Capital. São Paulo: Ensaio, 1995

_____. **Marx no século XXI.** São Paulo: Cortez, 2008.

VASAPOLLO, L. Pobreza típica de trabalho atípico. **Revista Outubro** - Revista do Instituto de Estudos Socialistas, São Paulo, nº 11, 2004.

_____. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006.

ZARIFIAN, Philippe. Valor, organização e competência na produção de serviço. In: SALERNO, Mario Sérgio. **Relação de serviço.** São Paulo: Senac, 2001.