Trabalho em saúde

as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, MASL. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-174. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

Introdução

As abordagens científicas que envolvem o campo da saúde ganham nesse contexto de avanço do capitalismo mundializado, uma maior dimensão nos estudos de 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. Isto é resultado da forte ingerência da lógica neoliberal que demarca sua ênfase no mercado, na iniciativa privada e na desregulamentação da economia.

Nessa direção, o movimento ininterrupto de acumulação do capital, conjugado às políticas de liberalização, privatização e desregulamentação dos direitos e conquistas sociais, marca um processo de transformações societárias que vem afetando a vida e o trabalho do mundo contemporâneo.

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.

Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como 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 (SILVA, 2006).

É na contramão dessa 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. Este campo, vem sendo demarcado por um forte processo de desregulamentação do trabalho expressa pela flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

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 este modelo de gestão do trabalho adotado e como ele orienta o trabalho no setor saúde.

O setor saúde: as imposições da lógica do capital

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).

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, as 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).

A incorporação dessa lógica de lucratividade permite 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.

Nesse sentido, é crescente uma 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 ampliaram o leque das profissões de saúde e consolidaram-se novas especialidades, principalmente no campo da medicina e odontologia (SOUZA, 1996).

É só a partir dos anos oitenta, com o Movimento da Reforma Sanitária, que se inicia 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 noventa, 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, é a possibilidade de acesso àqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Nesse contexto, como diz Behring (2003), impõem-se propostas de deslocamento e refuncionalização do papel do Estado em sua intervenção nas relações sociais. 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).

Nesse aspecto, merece destaque o papel desempenhado pelo Banco Mundial, que assume a missão de assegurar o ajuste estrutural para os países 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, p. 117). 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 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).

Enfim, como diz Merhy (2007, p. 93), 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.

A direção dessa reforma implicou em redirecionamentos no campo da saúde trazendo implícitas propostas de *focalização* atendendo às populações mais vulneráveis através de uma cesta de ações básicas para a saúde e um forte incentivo à *privatização*, através 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. Em suma, é uma proposta de racionalização dos custos do Estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários do serviço o ônus de custear o sistema (MERHY, 2007)

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 as 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 corresponderá 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).

Outro aspecto que evidencia a lógica mercantil 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%) (CORREIA apud BARROS; PORTO, 2002, p. 19). 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 a incidência de todos os agravos à saúde (RIZZOTTO, 2000, p. 243-244).

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 parques recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Institui-se uma medicina pobre para os pobres.

Diante de todo esse contexto o que presenciamos é uma 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 atendendo as demandas da população.

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 tornaram hoje a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro.

Na contra mão desse 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 que, ao longo dos anos noventa e início do ano 2000, 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 como explicitaremos a seguir.

A desregulamentação do trabalho no setor saúde

Os argumentos apresentados anteriormente indicam que o atual contexto 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.

É dentro deste aspecto que merece destaque o processo reformador instituído pelo Estado brasileiro através do Plano Diretor de Reforma do Estado a partir dos anos noventa, mais precisamente no período de 1994-1998. Um projeto de reforma que tem fortes impactos no setor saúde.

Os primeiros anos da década de noventa é palco de uma reforma orientada por uma concepção de um Estado moderno que desempenhe o “papel econômico fundamental de institucionalizar os mercados, e, mais amplamente, de promover o desenvolvimento econômico do país e a segurança econômica de cada um de seus cidadãos” (BRESSERT-PEREIRA, 2004, p. 3).

Nesta proposta está subjacente uma 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 (1995, 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” (BRESSERT-PEREIRA, 1995, p. 2). Implantam-se novas diretrizes para a esfera administrativa do Estado atendendo desta forma aos interesses das agências financiadoras internacionais.

O Estado brasileiro assume um modelo gerencial afinado com a perspectiva neoliberal, respondendo a um modelo de administração

pública que atende em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender as exigências do capital nas suas urgentes e mutantes necessidades (SANTOS, 2005).

Nesse sentido, essa perspectiva gerencial adequou a estrutura estatal ao modelo apropriado ao mercado privado, principalmente no que se refere à desregulamentação do trabalho.

Confrontando-se com essa forte tendência, o SUS, ao longo de sua implantação, vem enfrentando um conjunto de problemas que se constituem 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 esses aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que integra a gestão do trabalho, que é a *desregulamentação do trabalho na saúde*, que se expressa nos processos de flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

Respondendo as exigências de uma política privatista, o sistema público de saúde brasileiro, tradicionalmente, tem tangenciado as problemáticas que envolvem os trabalhadores de saúde. 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 as exigências de uma atuação qualificada para a prestação dos serviços a partir de condições e relações de trabalho dignas.

Atualmente evidencia-se um processo de desregulamentação do trabalho que se expressa pela crescente flexibilização das relações de trabalho empreendida pela 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, o que predomina é uma tendência de evolução convergente entre o setor industrial e o de serviços, de forma que atenda aos interesses do mercado. Como afirma Zarifian (2001), o setor industrial descobre e incorpora a noção de “serviço”, o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento. Neste sentido, sintonizam uma lógica racionalizadora que se espalha para as diferentes atividades caracterizadas de serviços. Impõe-se, deste modo uma tendência gerencial de adequar à estrutura do setor público ao modelo exigido no mercado privado.

Dessa forma, o setor saúde passa a incorporar como estratégia gerencial a desregulamentação do trabalho, através da redução dos gastos com a força de trabalho pelo mecanismo do desemprego ou pela redução dos encargos com o trabalho formal.

A Reforma Administrativa investiu-se de um arcabouço jurídico-legal com forte impacto sobre a força de trabalho, permitindo uma ampla flexibilização das relações de trabalho tanto no serviço privado quanto no público e atingindo frontalmente os serviços de saúde.

Podemos destacar 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. No setor saúde houve uma expansão de cooperativas que congregavam determinadas especialidades médicas, a exemplo dos anestesistas, com as quais o gestor público passou a firmar contratos de prestação de serviços. A Lei do Contrato Temporário (Lei nº 9601/98 e decreto nº2490), que flexibiliza a relação trabalhista através da possibilidade

de contratação por tempo determinado, com redução dos encargos sociais, da contribuição do FGTS e da multa por rescisão de contrato, também teve sua expressão no setor público reduzindo os custos com a dispensa de força de trabalho..

A Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, tem repercussões diretas no serviço público, ordenando a flexibilização das relações de trabalho. Através da adoção de regimes jurídicos diferentes, flexibiliza as formas de licitação e contratos, reduz os custos com a força de trabalho retirando direitos dos trabalhadores e permite a quebra da estabilidade (KREIN; OLIVEIRA, 1999). Institui-se para o serviço público um estatuto flexível do trabalho, compatível com o setor privado da economia.

Este aparato legal tem desdobramentos distintos respeitando as especificidades de cada atividade econômica, mas mantendo uma unidade no que se refere à expansão da desregulamentação do trabalho no Brasil e fomentando sua condição de precariedade.

No tocante aos serviços públicos de saúde, segundo as análises de Rizzotto (2000, p. 163), 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 a criação de agências que assumem o papel regulador do Estado.

As conseqüências desta flexibilização recaem efetivamente sobre a força de trabalho através da incorporação da flexibilidade 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. A flexibilização passa a ser condição determinante do trabalho precário no atual contexto, atingindo os diferentes ramos da atividade econômica.

Partindo da premissa de que a flexibilização responde a uma suposta alternativa para enfrentar o desemprego no setor privado da

economia, esta mesma flexibilização insere-se nos serviços públicos como estratégia de contenção de gastos e ajustes nas contas dos cofres públicos. Não foi a escassez de emprego que conduziu à flexibilização nos serviços públicos, mas sim a forma de gestão do trabalho empreendida no setor a partir dos anos de 1990.

Para a força de trabalho no setor de saúde pública, a proposta de reformas em torno da flexibilização da gestão do trabalho representou novas modalidades de relações de trabalho que tem 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 constatamos que no período entre 1990-1999, o governo federal promove uma drástica redução de seus postos de trabalho, chegando a quase um milhão (CORREIA apud COSTA, 2005, p. 141). Neste montante também se incluem postos de trabalho do setor saúde, que passam a ser absorvidos pela instância municipal.

Nesse contexto, também se evidenciam no serviço público as alternativas de demissões de trabalhadores não estáveis, os programas de demissão voluntária, a extinção de órgãos e a privatização de estatais, associada ao Plano de Reforma Administrativa, que reduz a força de trabalho no setor público federal. A flexibilização é assumida como estratégia não para enfrentar supostamente o desemprego, mas para dispensar força de trabalho, promovendo o desemprego no serviço público e integrar ao setor uma força de trabalho menos onerosa. Isto, associado ao ajuste de contas e contenção de gastos, tanto atinge a força de trabalho do setor, como a prestação de serviços que passam a orientar-se pela seletividade e focalização das problemáticas sociais.

Esta estratégia de *desregulamentação do trabalho* no setor público de saúde deve ser analisada considerando algumas particularidades. Primeiro, as investidas de desemprego neste setor atingiram mais os postos de trabalho no nível federal, que foi revertida pelo crescimento dos postos de trabalho na esfera municipal. Por outro

lado, são evidentes na conformação desses novos postos, a 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 atingida frontalmente pelo desemprego, mas pela precarização das relações e condições de trabalho, no momento em que se evidencia 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).

Uma segunda particularidade é que o setor saúde apresenta um dos melhores perfis de qualificação profissional dentre as ocupações, que responde aos mecanismos de proteção legal ao exercício das profissões e das exigências técnicas requeridas pelos conselhos profissionais. Isto é expresso pelo índice positivo indicado no final da década de 1990, quando atingiu 72,1% de formalização do trabalho (SILVA, 2006). A composição desta força de trabalho mostra índices significativos de alta escolaridade e prevalência de uma faixa etária superior aos 25 anos, resultado do peso institucional das regulamentações das profissões que exigem maior nível de escolaridade. Entretanto, esta formalização nem sempre assegura relações de trabalho favoráveis, em virtude do crescimento de contratos flexíveis firmados com cooperativas de trabalho e/ou associações que, ao tempo que promovem elevação salarial oferecem baixa proteção social.

É importante destacar ainda, que a naturalização do múltiplo emprego neste setor, frente à possibilidade de exercício autônomo de algumas profissões, contribui para a intensificação da jornada de trabalho na busca da melhoria do padrão salarial. Segundo o DIEESE (2006), num estudo realizado para demonstrar o Perfil do Trabalhador de Saúde de Seis Capitais Brasileiras, os trabalhadores de saúde estão mais propensos a acumular mais postos de trabalho. Os dados indicam que mais de 10% dos ocupados

no setor estende sua jornada de trabalho e chegam a acumular semanalmente 58 horas de trabalho. Vivenciam a intensificação da jornada de trabalho que, associada à vulnerabilidade dos contratos, apresentam os primeiros indicativos da precarização do trabalho neste setor.

É possível constatar uma tendência predominante da gestão do trabalho no SUS 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. Seguindo esta estratégia o setor passa a 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.

Segundo Baraldi (2005), a expansão de ações básicas de baixo custo, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), passa a congrega o modelo assistencial de saúde que irá incorporar, de forma significativa, uma força de trabalho com esta nova conformação trabalhista. 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” (BARALDI, 2005, p. 13).

Nesta direção, o serviço público de saúde municipal, ao tempo que incorpora força de trabalho, expande o estatuto precário do trabalho na saúde.

A partir desses argumentos, podemos indicar inicialmente que as condições de precariedade do trabalho em saúde se manifestam

em dois níveis: pela presença de vínculos precários de trabalho que atinge a todos os trabalhadores do setor nos três níveis de atenção e, pela ausência de condições objetivas e subjetivas de trabalho que, entre outras coisas, conduzem os trabalhadores à intensificação da jornada de trabalho, na perspectiva de um melhor padrão salarial. Uma particularidade nociva do trabalho em saúde e que se expressa pelo adoecimento precoce dos trabalhadores.

Ao responder às exigências contemporâneas da gestão do trabalho no campo da administração pública, o setor saúde vivencia a retração do quadro de pessoal permanente nas organizações públicas. 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 e, principalmente, a perda da qualidade na prestação dos serviços.

Para a força de trabalho vinculada ao sistema público de saúde, o processo de desregulamentação do trabalho implicou na submissão a vínculos trabalhistas que, por um lado, podem significar um aumento imediato de sua renda monetária, como é o caso de alguns trabalhadores com formação de nível superior vinculados ao Saúde da Família. Por outro lado, esta desregulamentação tem instituído o trabalho informal e não bem remunerado, a exemplo dos agentes comunitários de saúde, também vinculados ao Saúde da Família.

Os argumentos apresentados conjugam algumas particularidades e especificidades das relações de trabalho estabelecidas no SUS e apresentam-se como indicativos para identificar as diferentes faces da desregulamentação do trabalho na saúde e perceber a complexidade dos elementos que envolvem a precarização do trabalho neste setor.

Existe uma particularidade e esta precisa ser desvendada e indicar as tendências da precarização do trabalho no serviço público de saúde é o primeiro passo.

Trabalho em saúde: as particularidades da sua precarização

A atenção à saúde, hoje, esta longe de se constituiu num espaço privilegiado e exclusivo de uma única abordagem terapêutica. Muito pelo contrario, 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.

Seguindo essa tendência os serviços de saúde têm a peculiaridade de aglutinar uma diversidade de atividades e funções para dar conta da crescente complexidade do trabalho em saúde, que exige uma força de trabalho diversificada, atendendo a um leque de especialidades cada vez mais qualificadas. É um trabalho que se caracterizou por uma rotinização, parcelamento e fragmentação de tarefas e, ao mesmo tempo, convive com o crescimento das especialidades.

Dessa forma, a atenção à saúde é uma atividade complexa que mantém seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho com perfil de significativa especialização. Esta atividade exige a 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.

Analisar o trabalho em saúde inserido no processo de desregulamentação do trabalho exige explicitar as peculiaridades desta atividade e, de forma particular, quais os indicativos de precarização incorporados as suas ações neste momento de desvalorização do trabalho humano.

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. 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, mas no acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que, diferentemente de outros setores da atividade econômica, a inovação tecnológica não suprime o uso da força de trabalho.

A despeito dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo imprescindível para a realização das ações de saúde, é um elemento central. 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 opções tecnológicas de que dispõem para produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema (MERHY, 1997, p. 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) pois 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.

Nesse sentido, o trabalho em saúde ocorre a partir de uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do

serviço. Certamente, 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, constituem-se em elemento fundamental para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação como usuário” (FARIAS, 2005, p. 27).

Como vimos, este trabalho apresenta as peculiaridades compatíveis com as atividades do setor serviços como, a simultaneidade entre produção e consumo e a interatividade na prestação do serviço que envolve elementos subjetivos no momento em que o usuário é co-participante do processo de trabalho (SILVA, 2006; MEIRELLES, 2006).

Um elemento fundamental que também particulariza o trabalho em saúde é evidenciado nos estudos de Friedrich (2005) e Pires (1999), indicando 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 caráter repetitivo, as atividades no campo da saúde assumem características particulares em que 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 esta 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.

Zarifian (2001, p. 105) acrescenta que “quando uma doença é cuidada e debelada, ela transforma as condições de atividade do paciente” e que os efeitos desta ação devem ser ponderados, pois “o serviço prestado não é o tratamento médico, é a saúde recobrada [...]. O serviço é o efeito, o resultado, nas condições de exercício da atividade” (ZARIFIAN, 2001, p. 105).

Esses 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.

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 Gilson Carvalho (2009, 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. [...]. 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 adoce 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 (2009), 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, p. 45), e que institui uma nova organização capitalista do trabalho caracterizada cada vez 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 através 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, a 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.

Atualmente, essa condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratações da força de trabalho no serviço de saúde. 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 condição de precarização do trabalho em saúde, não esta res- trita à diversidade de vínculos, principalmente no serviço publico, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que está exposta esta força de trabalho.

Um aspecto fundamental que deve ser considerado nesta discussão é o entendimento de trabalho precário que orienta a administração pública, que 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.

Sendo assim, o parâmetro para caracterizar o “trabalho precário” no setor público é estabelecido a partir do

aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social [...] decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. [...] decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública [...]. 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)

A partir dessa interpretação podemos admitir que o ingresso no serviço público através do concurso anula e supera a condição de precariedade do trabalho no setor público de saúde. É um

equivoco atribuir, exclusivamente, a precarização do trabalho em saúde às relações de trabalho irregulares e inseguras. É uma compreensão restrita que a partir do ingresso no serviço público via concurso público anularia a condição de precarização do trabalho atribuída a ele. Desta forma, estamos desconsiderando as complexas determinações que envolvem o trabalho em saúde.

Nesse caso, questionamos como pode a precarização do trabalho no serviço público de saúde restringir-se apenas à forma de ingresso, ao vínculo legal e regulamentado do trabalhador? Num contexto em que o Estado, para responder às exigências do capital mundializado, além de flexibilizar as relações de trabalho, incorpora uma lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos. Ainda como estratégia de gestão, fragmenta e focaliza os serviços de saúde assumindo as ações de baixo custo e deixando ao mercado as ações mais lucrativas. Neste contexto, o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço.

Dessa forma, é questionável que a regularização dos vínculos de trabalho supere a condição de precarização do trabalho na saúde. A questão do vínculo é apenas a “ponta do iceberg” das problemáticas que envolvem a gestão da força de trabalho nos serviços de saúde, isto envolve também o papel do Estado na administração e controle sobre a força de trabalho.

A desregulamentação do trabalho no setor saúde é bem mais complexa e isso pode ser evidenciado pela expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, a partir dos anos noventa, que representa o caso mais emblemático da precarização do trabalho no setor saúde. Este programa assume a estratégia governamental de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprime uma nova dinâmica com a expansão das ações no âmbito municipal e também a demanda por força de trabalho no setor.

Esta atividade é a expressão concreta da desregulamentação do trabalho quando impõe fragilidade nas modalidades de contratação, alta rotatividade da força de trabalho, insatisfação profissional, condições de trabalho degradantes e desmobilização sindical. Sem esquecer das condições de vulnerabilidade e desproteção do trabalho peculiares ao trabalho no setor saúde (SOUZA, 2007).

A Estratégia Saúde da Família passa a assumir uma centralidade na discussão da desregulamentação do trabalho no serviço de saúde por expressar os efeitos de uma “nova” gestão do trabalho que demonstra os indicativos de extrema precarização do trabalho no SUS.

Considerações finais

Os argumentos apresentados neste estudo, embora de forma preliminar, permitem orientar uma discussão crítica e fecunda sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito do SUS. As alternativas de superação da precarização do trabalho neste setor envolvem um complexo de determinações, mas é necessário enfrentar a problemática e direcionar as ações de forma que os trabalhadores envolvidos seja um sujeito central nesta discussão. Discutir e analisar as particularidades da desregulamentação do trabalho no serviço de saúde permitirá desvendar as reais consequências da atual gestão do trabalho no serviço público de saúde e de forma específica, o seu comprometimento para a consolidação de um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade.

Referências

_____. A desregulamentação das relações de trabalho no setor público de saúde: as expressões da flexibilização e precarização do trabalho no Saúde da Família. In: **ANAIS do XII Congresso Brasileiro de Serviço Social**, Foz do Iguaçu, 2007.

_____. Trabalho em saúde: as expressões de flexibilização e precarização nos serviços públicos. **ANAIS do 19ª Conferência Mundial de Serviço Social**. Salvador, 2008

AMARAL, A. S. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. VIEIRA, A.; AMARAL, M. V. **Trabalho e direitos sociais**: bases para discussão. Maceió: EDUFAL, 2008.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. São Paulo, 2005. 169f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS - 15 anos de implantação**: desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal; In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2002. p.197-215.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado**. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br>> Acesso em: 24 out. 2005.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Instituições, bom Estado, e reforma da gestão pública**, Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br>> Acesso em: 24 out. 2005.

CAMPOS, F E.; ALBUQUERQUE, E. M. e. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho** – ABET, 1999. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufjf.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. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/jornada_2005/Apres_04_Gilson.pdf> Acesso em: 25 jul. 2009.

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. Recife, 2005. Tese de Doutorado em Serviço Social/UFPE, 2005.

DIEESE. Nota Técnica – **O Trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras**, nº 33, set/2006. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf>> Acesso em 19 abr 2007.

FARIAS, A.F.M.R. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande. Dissertação de Mestrado/UEPB, 2005.

FRIEDRICH. D. B. de C. **O trabalho em saúde**: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora. Rio de Janeiro, 2005. 151f. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.

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.ufjf.br/abet/vienc/ST9B.doc> . Acesso em 12 Fev. 2007.

MACHADO, M. H. et. al. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

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(101), janeiro-março/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 tecno-assistencial. **MERHY, E E. et. Al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Editora Hucitec, 2007.

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. Volume 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=51 Acesso em 31/05/05

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. **LEOPARDI, M.T. et al. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**, Florianópolis, Ed. Papa-livros, 1999.

RIZZOTTO, M. L.. **F O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SANTOS, A. L. **O conflito nas relações de trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado:** a terceirização às avessas. Dissertação de 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. Dissertação de Mestrado/Universidade de Brasília, 2005.

SILVA, Luiz Marcos de O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro.** Campinas, 2006, 128f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SINGER, P. **Prevenir e curar:** o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988.

SOUZA, M.A.S.L. **Condições de trabalho:** o fazer-se reivindicação trabalhista. Dissertação de Mestrado/UFPE. Recife, 1996.

VASAPOLLO, L. 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, P. Valor, organização e competência na produção de serviço. In: SALERNO, Mario Sérgio. **Relação de serviço,** São Paulo: Senac, 2001.