

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Wássila Mariana Silva Receputi

**AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NO SETOR
SAÚDE: um enfoque na realidade do Hospital Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora**

Juiz de Fora

2011

WÁSSILA MARIANA SILA RECEPUTI

**AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NO SETOR
SAÚDE: um enfoque na realidade do Hospital Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Profa. Dra. Leila Yacoub Baumgratz Delgado Yacoub.

Juiz de Fora

2011

**AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NO SETOR
SAÚDE: um enfoque na realidade do Hospital Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora**

Wássila Mariana Silva Receputi

Leila Yacoub Baumgratz Delgado Yacoub

Orientadora

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em ___/___/___

Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Maria Rosângela Batistone

Leila Yacob Baumgratz Delgado Yacoub (Orientadora)

Aos meus pais, Antônio e Normélia, que mesmo não estando mais presentes fisicamente entre nós, continuam sendo a luz do meu caminho!

Aos meus irmãos Lílian, Toninho e Ana Paula: meu porto seguro!

*“O correr da vida embrulha tudo, a Vida é assim: esquenta e esfria, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é **Coragem.**”*

Guimarães Rosa

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ser a minha luz maior!

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional em todos os momentos de minha vida! Meus irmãos, sobrinhos e cunhados! Sem vocês esta conquista não teria o mesmo sabor!

Agradeço à professora Leila Baumgratz pela parceria consolidada e companheirismo nestes dois anos de trabalho. Suas contribuições intelectuais foram essenciais para que este estudo se concretizasse!

Agradeço a professora Ana Livia Coimbra pela orientação em meu estágio de docência e por despertar em mim o prazer pela docência!

O meu agradecimento a todos os professores que passaram pela minha trajetória acadêmica e profissional e que muito contribuíram para meu aprimoramento intelectual, em especial às professoras Auta Iselina, Ana Amoroso e Ana Mourão, que me motivaram a pensar, refletir e pesquisar sobre a categoria trabalho!

Ao professor Rodrigo de Souza Filho. Cada discussão, debate e reflexão desenvolvida nos estudos individuais sob sua orientação estão presentes neste trabalho!

Agradeço ao Programa de Mestrado em Serviço Social, em especial a professora Rosângela Batistone !

Aos professores da minha banca que trouxeram contribuições valiosas para as reflexões que apresento!

Aos amigos que se fizeram presente nesta caminhada! Meu sincero agradecimento!

Um agradecimento especial a amiga Francinelly Aparecida Mattoso! Companheira de caminhada e de profissão! Compartilhar com você estes dois de Mestrado foi uma experiência única e gratificante!

À Bete, pela disponibilidade, atenção e apoio nestes dois anos!

A todos os trabalhadores de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora: companheiros de trabalho e de luta! Meu eterno agradecimento!

Muito obrigada a todos que contribuíram para a realização deste trabalho direta ou indiretamente! Agradeço com alegria!

Resumo

O presente estudo aborda a precarização do trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no âmbito da reestruturação produtiva e das reformas neoliberais no contexto de mundialização do capital. Tem como objetivos identificar e compreender as relações de trabalho e emprego no setor saúde; analisar a relação de precarização do trabalho no âmbito do Hospital Universitário de Juiz de Fora da Universidade Federal de Juiz de Fora e a precarização do trabalho como um todo no contexto da reestruturação produtiva. A metodologia utilizada foi baseada na abordagem qualitativa e quantitativa dos dados e no método crítico-dialético. Utilizamos para a investigação empírica os seguintes instrumentos metodológicos: pesquisa documental, observação participante, aplicação de questionário aos trabalhadores contratados pela Fundação do Hospital Universitário e que atuam no HU/UFJF e entrevistas com os Chefes de Departamento Pessoal da Fundação do Hospital Universitário, Hospital Regional Dr. João Penido e Hospital Pronto-Atendimento Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Os resultados deste estudo demonstram um processo de precarização do trabalho no HU/UFJF na dimensão do emprego. A realização desta pesquisa demonstrou um processo de precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde, como também uma fragilidade do Estado no trato das regulações do trabalho no setor público.

Palavras -chave: reestruturação produtiva, reforma do Estado, precarização do trabalho, trabalho em saúde

Abstract

The study examines the precariousness of work at the University Hospital of Federal University of Juiz de Fora in the context of productive restructuring and reforms in the context of neoliberal globalization of capital. Aims to identify and understand the relationship of employment in the health sector; to analyze the relationship of precarious employment within the University Hospital of Juiz de Fora and precariousness of work as a whole in the context of restructuring. The methodology was based on both qualitative and quantitative data and in critical-dialectical method. We use empirical research the following methodological tools: documentary research, participant observation, questionnaires to workers hired by the University Hospital Foundation and operating in HU / UFJF and interviews with heads of personnel department of the University Hospital Foundation, regional hospital Dr. João Penido and hospital emergency Dr. Mozart Geraldo Teixeira. The results of this study demonstrate a process of precarious work in HU /UFJF in employment size. This research has demonstrated a process of precarious work in the Health System, but also a weakness of the state in dealing with labor regulations in the public sector.

Key - Words: productive reorganization , state reform , deficiency of work , health work

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAPS- Centro de Atendimento Psicossocial

CAS- Centro de Atenção à Saúde

CEP/HU- Comitê de Ética do Hospital Universitário de Juiz de Fora

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

FHU- Fundação do Hospital Universitário

GM- Gabinete do Ministro

HPS- Hospital Pronto Socorro

HU- Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização Não- Governamental

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego

SEAD- Secretaria de Estado de Administração

SUPREMA – Faculdade de Ciências Médicas e da saúde de Juiz de Fora

SUS – Sistema Único de Saúde

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA- Unidade de Pronto- Atendimento

Lista de Tabelas e Gráficos

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores contratados do HU/CAS por ocupação/funções de saúde.....	18
Tabela 2: Estimativas da população em idade ativa, segundo condição de atividade Regiões Metropolitanas e Distrito Federal.....	55
Tabela 3- Distribuição de empregos públicos e privados de saúde, segundo entidade mantenedora: Brasil, 2005.....	63
Tabela 4: Distribuição de empregos públicos de saúde por vínculos de trabalho..	64
Tabela 5- Número de leitos/enfermaria no HU/CAS – UFJF.....	76
Tabela 6- Distribuição dos trabalhadores segundo categoria de trabalho em saúde e tipo de vínculo empregatício – HU/CAS – UFJF.....	80
Tabela 7- Trabalhadores entrevistados no HU/CAS – UFJF.....	82
Tabela 8- Distribuição etária dos trabalhadores contratados do HU/CAS.....	84
Tabela 9- Tempo de atuação na instituição.....	85
Tabela 10 - Nível de escolaridade dos trabalhadores contratados do HU/CAS - UFJF.....	86
Tabela 11- Vínculo de trabalho.....	87
Tabela 12 - Carga horária.....	88
Tabela 13- Faixa Salarial.....	89
Tabela 14- Quantidade de Instituição em que atuaram.....	90
Tabela 15- Distribuição de trabalhadores contratados nos hospitais públicos de JF.....	97
Gráfico 1- Distribuição dos trabalhadores por gênero.....	83
Gráfico 2- Trabalhadores com dupla jornada de trabalho.....	91
Gráfico 3- Participação nos espaços democráticos.....	92
Gráfico 4- Participação em Conselhos de Política e de Direito.....	93
Gráfico 5- Número de Estabelecimento de saúde em JF.....	96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1- O NOVO MUNDO DO TRABALHO	21
1.1 A reestruturação produtiva e suas repercussões no processo de trabalho.....	22
1.2 Inovações político- institucionais no capitalismo contemporâneo: a realidade brasileira.....	32
CAPÍTULO 2 -TRABALHO EM SAÚDE E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO..	44
2.1. O novo mundo do trabalho: processo de precarização.....	45
2.2 . Precarização do trabalho em saúde.....	55
CAPÍTULO 3 – PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA.....	69
3.1. Caracterização da pesquisa e procedimentos metodológicos.....	69
3.2.Caracterização Geral do HU/CAS: lócus de trabalho a ser pesquisado.....	73
3.3. Caracterização dos trabalhadores contratados do HU/UFJF: os sujeitos da pesquisa.....	81
3.4. Tendências do mercado de trabalho em saúde: realidade do HU/UFJF.....	95
3.5. Observação Participante: consolidação dos principais momentos da realização da pesquisa de campo.....	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS.....	128
Anexo 1 - Questionário.....	128
Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta-se como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora e possui como objeto de estudo a discussão acerca da precarização do trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), a partir da dimensão do emprego.

A escolha do tema deu-se a partir de uma afinidade anterior com a área. Ao longo de minha trajetória acadêmica, venho realizando estudos acerca da categoria trabalho, que reforçam meu interesse pela temática em questão, além das experiências profissionais acumuladas _ primeiramente enquanto estagiária da Gerência de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Juiz de Fora, e, posteriormente como assistente social residente do Hospital Universitário de Juiz de Fora_ que despertaram indagações relevantes.

Entre os estudos realizados anteriormente, destacam-se o Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “A precarização das relações de trabalho e seu rebatimento na saúde do trabalhador: um enfoque na Diretoria de Logística da UFJF” no ano de 2005, e a monografia do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, “ A percepção dos trabalhadores de saúde do HU-CAS/UFJF quanto aos riscos no seu cotidiano de trabalho”, concluída em 2008.

Com minha inserção no Programa de Mestrado em Serviço Social da UFJF no ano de 2008, meus questionamentos sobre a categoria trabalho foram reforçados, a partir das discussões e reflexões desenvolvidas nas disciplinas “Transformações sociais, cidadania e política social”, “Pesquisa Social”, “Estado e Gestão Pública” e “Estado, Sujeitos Sociais e esfera pública”. A experiência de docência como professora substituta na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora no mesmo ano também contribuiu para o amadurecimento teórico, já que todas as atividades desenvolvidas estavam relacionadas ao tema trabalho e saúde. Além disso, minha inserção no serviço

público reforçou meu interesse em repensar as várias modalidades de vínculos empregatícios no serviço público, uma vez que o vínculo de professor substituto representa um traço da precariedade do trabalho no serviço público.

Refletir sobre a precarização do trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora requer inicialmente pensar nas mudanças no mundo do trabalho a partir da nova ordem do capital. As transformações societárias que emergiram a partir da década de 1970, e que marcaram as décadas subseqüentes, atingem de diferentes formas as categorias profissionais. A precarização do trabalho em suas várias dimensões coloca-se como possibilidade para todas as categorias, mas especificamente o setor saúde ganha contornos próprios.

Diante deste contexto, pretende-se fazer um estudo que proporcione um conhecimento da precarização do trabalho no âmbito do HU/UFJF¹, diretamente relacionada ao processo global de crise do mundo do trabalho.

Para refletir sobre as mudanças no trabalho na área da saúde, não podemos desconsiderar o fato de que o maior empregador é o setor público (Machado, 2005). Portanto, se faz necessário compreender a precarização do emprego na rede SUS. Sendo assim, além do fato de ter participado do Programa de Residência em Serviço Social no HU/UFJF, optamos por esta instituição, também, por ela fazer parte do Sistema Nacional de Saúde. Acreditamos que a partir da compreensão da particularidade de um serviço público de saúde como o HU/UFJF, conseguiremos compreender como se expressa o processo de precarização das relações de trabalho em saúde, mediado por questões institucionais, políticas e econômicas.

O Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/CAS) é uma instituição pública vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora e tem como objetivo formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de referência na área da saúde à comunidade e região. Conta com aproximadamente 376 professores, 4525 alunos, 89 residentes, 442 técnicos administrativos em educação, 278

¹ Em função da minha inserção no Programa de Residência em Serviço Social, entre os anos de 2006 a 2008, o campo escolhido para a realização da pesquisa foi o Hospital Universitário da UFJF.

trabalhadores terceirizados, além de um número expressivo de estagiários, residentes e bolsistas da UFJF. Vale ressaltar que o hospital é pioneiro em projetos das mais diversas áreas e faz parte da rede do Sistema Único de Saúde.

Dos 278 trabalhadores contratados pela FHU, 153 trabalhadores exercem funções específicas da saúde.

Diante do expressivo número de trabalhadores contratados pela instituição (não concursado) é que formulei a questão que orienta esse estudo: quais os reflexos das mudanças no mundo do trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora? Pretende-se verificar neste campo empírico e eminentemente público, os reflexos da precarização do trabalho no setor saúde, no contexto da reestruturação produtiva e das reformas neoliberais. Acredita-se que o estudo da temática em questão mostra-se relevante no sentido proporcionar um acúmulo de conhecimento e reflexão para profissionais, pesquisadores, gestores e estudantes nesta área.

Para responder a esse questionamento, o ponto de partida para o estudo assentou-se na crise capitalista observada nos anos 1970 e a reestruturação produtiva, daí decorrente, verificada no atual contexto sócio-econômico, político e institucional enquanto estratégia utilizada pelo grande capital para redefinir socialmente o processo de produção de mercadorias.

Iniciou-se assim, como resposta à sua própria crise, um (...) processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujas [expressões] mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a [redução] e privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, (...) [além] de um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores (ANTUNES, 1999: 31).

Este movimento determina um conjunto de mudanças na organização da produção material e nas modalidades de gestão e consumo da força de trabalho. Surge então o projeto neoliberal; como considera Chauí (2001, pág. 22), “a ideologia da nova forma de acumulação do capital”.

(...)na era neoliberal, o novo complexo de reestruturação produtiva, (...) pode ser considerado uma nova ofensiva do capital na produção. Ele é parte intrínseca de um processo sócio-histórico de desenvolvimento capitalista, cujo resultado é a desconstrução do mercado de trabalho urbano, por intermédio da precarização de empregos e salários e da debilitação do operário massa e do sindicalismo classista, tal como se constituiu sob a industrialização substitutiva (ALVES, 2005, p.119).

A reestruturação produtiva estabeleceu novas formas de produção e de relação entre capital-trabalho e Estado. Novas formas de organização do trabalho apareceram, houve a substituição da produção em série e de massa pela flexibilização da produção e das relações de trabalho que deram origem a novas formas de produção em busca de lucratividade, consubstanciando o modelo de acumulação flexível (ANTUNES, 2005)

Ao lançar bens não padronizados no mercado, este modelo investiu na especialização do produto. Passaram a ser utilizadas máquinas universais programáveis e redes de subcontratação por meio de um relacionamento cooperativo entre empresas. Tendo em vista a competitividade, surgiu uma busca incessante pela qualidade total dos serviços e produtos, que passou a exigir outro perfil de trabalhadores. O novo modelo implica ainda na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, produtos, padrões de consumo, contratos de trabalho, salários, direitos trabalhistas e sociais, e o uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado (HARVEY, 1998).

A partir do ideário neoliberal articulado à reestruturação produtiva, surge um novo cenário para o mundo do trabalho. Entra em vigor um quadro de precarização das condições de trabalho, manifestado principalmente pela ampliação do trabalho sem vínculo empregatício ou por conta própria, sem rendimento fixo, em tempo parcial ou esporádico, tendo como um de seus resultados a ausência de contribuição para a Seguridade Social e, conseqüentemente, do direito à aposentadoria (ANTUNES, 1999).

Com o neoliberalismo, as conquistas sociais alcançadas ao longo do tempo pelos movimentos de trabalhadores são afetadas; os direitos passam a ser considerados privilégios. Este quadro corrobora a tese de que a flexibilidade, o desemprego, as condições de trabalho precárias, os salários por mérito e a terceirização tornam-se uma realidade cotidiana no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo.

Diante de tais mudanças no padrão de acumulação, verificam-se assim mutações no modo de ser e viver da classe trabalhadora. Destaca-se neste contexto três tendências de mudanças: uma primeira tendência, à heterogeneidade, complexidade e fragmentação da classe trabalhadora; a segunda, à divisão sexual do trabalho e a terceira, ao crescimento do setor de serviços, do terceiro setor e de novas formas de trabalho em domicílio (ANTUNES, 1999).

Conforme Alan Bihl (1998), as diversas categorias de trabalhadores têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração, a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais. Além de todas as perdas apontadas por Bihl, Antunes (2005) adiciona a ausência de proteção e expressão sindicais, configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial. Especialmente nos países de capitalismo avançado, quer em decorrência do quadro recessivo, quer em função da automação, da robótica e da microeletrônica, gera-se uma monumental taxa de desemprego estrutural.

Desta forma, como resposta a mais uma de suas crises cíclicas, o capitalismo lançou mão de estratégias que acirram ainda mais o conflito entre capital e trabalho. A receita da reestruturação produtiva traz como resultado a banalização do trabalho, expressa através do medo, da ameaça de desemprego, da inexistência ou precarização do trabalho.

O processo de mundialização das economias, associado as transformações societárias vivenciadas nas últimas décadas do século XX, como mencionadas anteriormente, acirrou a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações, estabelecendo novas formas de organização do Estado e de reestruturação produtiva. Essas novas características

do mundo contemporâneo estão assentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção, e novas formas de gerenciamento (SENNET, 2001).

Este estudo insere-se na compreensão das novas formas de gerenciamento do trabalho na área da saúde. Procuramos identificar de que maneira o amplo processo de reestruturação produtiva, a partir da nova roupagem do Estado, interfere na dimensão do emprego em saúde.

No Brasil, o mercado de trabalho em saúde constitui uma importante parcela da economia nacional no setor de prestação de serviços _público e privado_, uma vez que gera dois milhões de empregos diretos. Apesar de estar inserido em uma era tecnológica caracterizada pela redução do uso de força de trabalho, o setor saúde é um dos maiores geradores de empregos na economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos (MACHADO,2005). Trata-se de um mercado de trabalho com características próprias, pois necessita de profissionais especializados, já que qualquer atividade realizada na área requer profissionais com qualificação específica (formal ou empírica), seja de nível superior ou elementar.

O trabalho em saúde também sofreu e vem sofrendo influências das mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho, vigentes nos setores mais dinâmicos da economia, sendo influenciado pelo planejamento estratégico e gerenciamento flexível, projetos de controle de qualidade total e crescente incorporação de tecnologia (PIRES,1998; PEDUZZI, 2002).

Verifica-se que há muito que investigar no que se refere à precarização do trabalho no setor saúde, que possui especificidades institucionais, políticas e sociais particulares, mas ao mesmo tempo, diretamente vinculadas ao processo global de crise do mundo do trabalho. Portanto, esta discussão mostra-se relevante e atual.

A estratégia metodológica para construir este estudo foi dividida em dois momentos. No primeiro momento, foi feito um levantamento e uma revisão bibliográfica sobre a discussão em torno das mudanças no mundo do trabalho, a partir do processo de reestruturação produtiva e da ofensiva neoliberal no mundo e

especialmente no Brasil. Acreditamos que a teoria informa o significado dinâmico daquilo que ocorre e que buscamos captar no espaço de estudo (NETO,1994).

Num segundo momento, foi realizada uma pesquisa de campo, a partir de um levantamento do perfil dos trabalhadores contratados do Hospital Universitário de Juiz de Fora, no intuito de conhecer os indicadores que apresentam traços de precariedade do emprego nessa instituição.

O Hospital Universitário conta atualmente com a participação de três firmas terceiras: A Terceiriza (que compreende basicamente o pessoal da limpeza), a Minas Service (que agrega o pessoal da vigilância e porteiros) e a Fundação do Hospital Universitário (que contrata ocupantes de cargos que atuam em atividades fim).

Para melhor atender aos objetivos perseguidos pela pesquisa, foram selecionados para as entrevistas apenas os trabalhadores contratados pela Fundação do Hospital Universitário (FHU) que desenvolvem atividades finalísticas. Ao todo são 278 trabalhadores subcontratados. Desses, 153 assumem cargos e/ou ocupações específicas da saúde. Os demais trabalhadores (sub) contratados estão inseridos em atividades de apoio, como serviços gerais e vigilância.

Tabela1: Distribuição dos trabalhadores contratados do HU/CAS por ocupação/funções de saúde

Categoria/ocupações de saúde	Nº de trabalhadores contratados
Auxiliar de farmácia	08
Auxiliar de laboratório	04
Assistente Social	01
Auxiliar de enfermagem	06
Enfermeira	13
Farmacêutico	04
Fisioterapia	01
Médico	27
Nutricionista	01
Psicólogo	01
Técnico enfermagem	78

Técnico laboratório	04
Técnico radiologia	05
TOTAL	153

Posteriormente, os dados coletados foram analisados tendo por base o referencial teórico deste trabalho, objetivando conhecer e problematizar os reflexos do processo de reestruturação produtiva sobre a força de trabalho nesta instituição.

Para facilitar o processo de análise dos dados, foram definidas categorias de análise, que segundo Minayo (1992), significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um concreto capaz de abranger todo o contexto em questão.

As categorias são estratégias lingüísticas usadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, sempre vinculadas aos contextos que as produzem. Existe uma multiplicidade de possibilidades em que uma categoria pode ser empregada” (VARGAS, A.L. 2003: p. 45).

As categorias propostas foram divididas em três grandes eixos:

1º) Eixo: Caracterização da população estudada: utilizamos os seguintes indicadores: faixa etária, estado civil, gênero, número de filhos;

2º) Eixo: Caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis às tendências da precarização do trabalho: vínculo empregatício, jornada de trabalho, remuneração, tempo de trabalho na instituição, existência de outro emprego, participação em organizações associativas.

3º) Eixo: Caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis a precarização dos recursos humanos em saúde no âmbito da rede SUS.

Os dados coletados foram analisados tendo por base o referencial teórico deste trabalho e o método dialético, objetivando conhecer e problematizar os

reflexos do processo de reestruturação produtiva sobre a força de trabalho no Hospital Universitário de Juiz de Fora, uma vez que:

A saúde é um campo que está conexo com a realidade social, e sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas do saber teórico e prático que envolve as considerações sobre saúde e doença, as instituições, a constituição dos serviços e seus usuários. Assim, a saúde está inserida em uma realidade complexa que requer uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (MINAYO, 1994, p.13).

A apresentação desta dissertação foi dividida em capítulos. O primeiro capítulo, tem a intenção de abordar a discussão sobre as mudanças no mundo do trabalho a partir do processo de reestruturação produtiva no contexto de mundialização do capital. Compreender as mudanças societárias vivenciadas a partir da crise de 1970 torna-se fundamental para refletir sobre a sociedade do trabalho na atualidade. Para completar esta abordagem, também discutiremos neste capítulo a reforma do Estado no Brasil, enquanto uma das invações político-institucionais do processo de reestruturação produtiva e as repercussões na Política Nacional de Saúde, em especial nas relações de trabalho do Sistema Único de Saúde.

No capítulo 2, objetivamos traçar reflexões sobre o trabalho em saúde a partir da dimensão do emprego. Procuramos compreender os reflexos das mudanças da sociedade do trabalho na área da saúde e elencar as principais tendências do mercado de trabalho em saúde, tendo como pano de fundo o contexto de reestruturação produtiva e de reorganização da estrutura do Estado brasileiro.

No capítulo 3 apresentamos o resultado de um levantamento realizado com a força de trabalho contratada pela Fundação do Hospital Universitário. A partir desta pesquisa, procuramos compreender como na particularidade de um serviço público de saúde e na singularidade de cada profissional de saúde, se expressa o processo de precarização das relações de trabalho, passando pelas mediações das

questões institucionais, políticas e econômicas. Neste capítulo foram também apresentados os caminhos percorridos pela investigação e a análise dos dados obtidos a partir do referencial teórico relacionado.

Nessa direção, esperamos com este trabalho refletir sobre a precarização do trabalho no Hospital Universitário de Juiz de Fora. Acreditamos que uma análise sobre a situação particular de um estabelecimento público de saúde não apresente-se desarticulada do contexto geral de mudanças na sociedade do trabalho. Entretanto, este trabalho não pretende ser definitivo, uma vez que refletir sobre a precarização do trabalho requer acompanhamento contínuo das transformações na categoria trabalho.

CAPÍTULO I

O MUNDO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

“O movimento do capital é insaciável”

Karl Marx

Refletir sobre as transformações no mundo do trabalho nas condições do capitalismo global requer um entendimento sobre o novo período do desenvolvimento do capitalismo mundial, que surge a partir da década de 1980, caracterizado como “mundialização do capital” (Chesnais,1999). Nas últimas décadas do século XX, mais precisamente no início da década de 1970, o capitalismo enfrenta uma crise estrutural, sendo necessário um processo de reestruturação capitalista. A resposta à crise estrutural empreendida pelo capital repercutiu fortemente no processo e gestão do trabalho e proporcionou nas palavras de Antunes (1999:35), “mutações intensas, econômicas, sociais, políticas, ideológicas”.

Para a análise desta temática, a partir de uma perspectiva materialista, recorre-se a uma interpretação do significado deste processo de reestruturação produtiva, vinculado a mundialização do capital e sua articulação com as mudanças no mundo do trabalho. Inicialmente é necessário entender a atual etapa de desenvolvimento do capitalismo mundial e o fenômeno da reestruturação produtiva do capital em suas várias dimensões para que, posteriormente, possamos compreender as repercussões deste processo na constituição do precário mundo do trabalho.

É a partir das análises teóricas de Giovani Alves, em “Trabalho e Mundialização do Capital” (1999), e, mais recentemente, na obra “Dimensões da Reestruturação Produtiva” (2007), que serão apresentadas as dimensões compositivas do processo de reestruturação produtiva sob a mundialização do

capital e suas repercussões no mundo do trabalho. Incorpora-se também neste debate a discussão teórica de Chesnais (1999) sobre a atual fase do capitalismo contemporâneo.

1.1. A reestruturação produtiva e suas repercussões na categoria trabalho

O ponto de partida para este estudo assenta-se no processo de reestruturação capitalista a partir da crise estrutural do capital em meados dos anos 1970, sob a lógica do novo período de desenvolvimento do capitalismo mundial, e a repercussão deste processo no mundo do trabalho.

Ao longo do desenvolvimento do capitalismo moderno ocorreram vários processos de reestruturação produtiva. Os processos de crises são inerentes ao modo de produção capitalista. A cada ciclo o capital promove uma reestruturação da produção como resposta a esse movimento. No século passado, o processo de reestruturação do capital teve como base o binômio taylorismo/fordismo. O taylorismo era um sistema de organização do trabalho, especialmente industrial, baseado na separação das funções de concepção e planejamento, das funções de execução, na fragmentação e especialização de tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração por desempenho. Já o fordismo caracteriza-se por um processo de trabalho onde há separação radical entre concepção e execução do trabalho, sendo este fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios muito curtos, intensificação da maquinaria requerendo pouco tempo para a formação dos trabalhadores (HARVEY, 1998).

Segundo Harvey (1998), alguns elementos expressam diferenças marcantes entre estes dois padrões de gestão do trabalho: o taylorismo é caracterizado pela separação entre planejamento e execução e pelo controle do tempo. Já o fordismo representa uma mudança de concepção, caracterizando-se por uma produção em massa, incluindo um processo maior de mecanização. O taylorismo era implantado em empresas menores, enquanto que o fordismo implantava-se em empresas maiores, por possuir idéias mais caras. O fordismo teve uma grande repercussão ao longo do século XX, mas entre os anos de 1960 e 1970 começou a apresentar sinais de desgaste.

Após o término da 2ª Guerra Mundial, depois de três décadas de acumulação de capitais, com ganhos sociais e econômicos relativos para a classe trabalhadora, o capitalismo começou a dar sinais de um quadro crítico nos anos de 1970. Conforme Antunes (1999,p.29-30) os traços mais evidentes desse período de crise foram:

- I. Queda da taxa de lucro, dada, dentre outros elementos causais, pelo aumento do preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-1945 e pela intensificação das lutas sociais dos anos 1960, que objetivavam o controle social da produção. A conjugação desses fatores levou a uma redução dos níveis de produtividade do capital, acentuando a tendência decrescente da taxa de lucro;
- II. Esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção (que em verdade era a expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital), face sua incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava. Na verdade, tratava-se de uma retração em resposta ao desemprego estrutural que então se iniciava;
- III. Hipertrofia da esfera financeira, que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos __ o que também já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção__ colocando-se o capital financeiro como um campo prioritário para a especulação, na nova fase do processo de internacionalização;
- IV. A maior concentração de capitais em virtude de fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas;
- V. A crise do Welfare State ou do “Estado do Bem-estar Social” e dos seus mecanismos de funcionamento, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado;
- VI. Incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho, entre tantos outros elementos contingentes que exprimiam esse novo quadro crítico.

Com a crise do capital na década de 1970, acirrada pela crise do petróleo em 1978, fez-se necessário a consolidação de um novo padrão de acumulação do capital e surgimento de um novo regime de regulação nos países centrais do segundo-pós guerra, pois a forte concentração e centralização do capital e o

excesso de mercadorias originários do padrão de acumulação fordista já não eram mais suficientes para manter a ordem do capital. Então, como resposta à sua própria crise, o capital reestruturou-se a partir do surgimento de um novo padrão de acumulação e um novo projeto econômico: acumulação flexível ou reestruturação produtiva e o neoliberalismo, respectivamente.

Entre as transformações vivenciadas no processo produtivo, destaca-se o surgimento do padrão de organização do trabalho conhecido como toyotismo. Esta nova forma de organização do trabalho originou-se no Japão e vem expandindo-se pelos países ocidentais capitalistas. Diferencia-se do binômio taylorista/fordista, apresentando como principais características a produção variada, heterogênea e bastante vinculada à demanda. Tem como centro o trabalho em equipe e com variadas funções. Apresenta ainda como diferencial o princípio *just in time*² e o sistema *kanban*, que é um sistema de placas ou senhas de comando para a reposição de peças e de estoque (ANTUNES, 2005).

Nessa nova forma produtiva, forja-se uma articulação entre a descentralização produtiva e avanço tecnológico por meio da rede microeletrônica de informações. Contraopondo-se à verticalização fordista, a produção flexível é, em geral, horizontalizada/descentralizada. Trata-se de terceirizar e subcontratar uma rede de pequenas/médias empresas, muitas vezes até com perfil semi-artesanal e familiar. A produção é conduzida pela demanda e sustenta-se na existência do estoque mínimo. O *just in time* e o *Kanban* asseguram o controle de qualidade e o estoque. Um pequeno grupo de trabalhadores multifuncionais ou polivalentes opera a ilha de máquinas automatizadas, num processo de trabalho intensificado, que diminui ainda mais a porosidade no trabalho e o desperdício (BEHRING, 2003:35).

Para Alves (2007), a partir da crise estrutural do capital e de sua mundialização, no decorrer da década de 1980, o toyotismo assumiu um valor universal para o capital em processo, tornando-se adequado à nova base técnica do capitalismo _que se expressa com a presença de novas tecnologias microeletrônicas na produção, e, por conseqüência a presença de um novo tipo de envolvimento

² *Just-in-time* é um sistema de administração da produção que determina que nada deve ser produzido, transportado antes da hora certa. Pode ser aplicado em qualquer organização, para reduzir estoque e os custos decorrentes. É o princípio norteador do toyotismo para o melhor aproveitamento do tempo possível de produção e funciona de acordo como sistema Kanban (Antunes, 2005)

operário, com uma subordinação formal-intelectual do trabalho ao capital_ e à nova estrutura da concorrência capitalista no cenário de crise de superprodução.

Em sua análise, o autor nos permite compreender o toyotismo como “o verdadeiro espírito do novo complexo de reestruturação produtiva”, ao afirmar que o toyotismo é o “momento predominante” da reestruturação produtiva que ocorre sob a mundialização do capital (ALVES, 2007: 7).

O processo de reestruturação produtiva caracteriza-se por um movimento complexo e que envolve dimensões econômicas, políticas e culturais. É indissociável a discussão de tal processo do entendimento da fase atual do capitalismo contemporâneo: a mundialização do capital. De acordo com Alves (1999), é na virada da década de 1970 para os anos 1980, no bojo da ofensiva do capital na produção (o complexo de reestruturação produtiva) e da ofensiva do capital na política (a política e a ideologia neoliberal), que se dá o ponto de partida para a mundialização do capital. O momento econômico e político das últimas três décadas do século XX contribuíram para a definição desse novo patamar do modo de produção capitalista.

Chesnais (1997) denominou a nova etapa do capitalismo mundial de “regime de acumulação predominantemente financeiro”. Ele acrescenta que este momento representa uma fase a mais no processo de internacionalização do capital iniciado há mais de um século. Trata-se de uma forma de acumulação do capital caracterizada pela hegemonia do capital financeiro.

É importante destacar que nosso objetivo neste estudo não consiste em desenvolver uma discussão aprofundada sobre a mundialização do capital³, mas sim apontar suas principais características e traços marcantes para compreender o contexto da reestruturação produtiva do capital a partir da década de 1970. Nesta perspectiva, temos como traços marcantes dessa nova dinâmica do capitalismo o surgimento do mercado enquanto o grande detentor dos meios de produção. Surgem novas formas de concentração do capital como o capital predominantemente industrial ou capital de investimento financeiro, contribuindo para a dominação política e social do capitalismo (Chesnais, 1999).

³ Para uma discussão aprofundada ver, entre outros, Chesnais em seus livros “A Mundialização do Capital” (1995), Editora Xamã, São Paulo e “A mundialização Financeira” (1999), Editora xamã, São Paulo.

O processo de financeirização do capital não se limita a mera globalização das trocas (Alves, 1997). Tal afirmação nos permitiria uma interpretação reducionista da nova etapa de desenvolvimento do capitalismo mundial. Consiste num processo de internacionalização capitalista, onde ocorre uma globalização econômica, ou seja, uma globalização dos investimentos e da produção.

Valorizações fraudulentas de ações, falsos esquemas de enriquecimento imediato, a destruição estruturada de ativos por meio da inflação, a dilapidação de ativos mediante fusões e aquisições e a promoção de níveis de encargos de dívidas que reduzem populações inteiras, mesmo nos países capitalistas avançados, a prisioneiros da dívida, para não dizer nada da fraude corporativa e do desvio de fundos [...] decorrente de manipulações do crédito e das ações – tudo isso são características centrais da face do capitalismo contemporâneo (Harvey, 2004: 123)

Calçado na discussão teórica de Chesnais, Alves (1997), aponta as principais características da mundialização:

- 1) É constituída pelo poder crescente do capital-dinheiro⁴, altamente concentrado, ocorrida principalmente entre o período de 1985 e 1995;
- 2) Observa-se mais o predomínio do investimento e da produção em relação a troca;
- 3) Acirra-se o processo de centralização financeira e de concentração industrial do capital, tanto no plano nacional quanto no plano internacional (por exemplo, os bancos e os grupos que mantêm fundos mútuos e fundos de pensão);
- 4) Ocorre uma maior interpenetração entre os capitais de vários países, assim como cria-se, mediante o investimento internacional cruzado e as fusões-aquisições interfronteiras, de estruturas oligopolísticas transnacionais num número crescente de ramos da indústria ou de serviços.

A partir de uma investigação crítica sobre o complexo de reestruturação produtiva, Alves (2007) apresenta de forma pioneira elementos categoriais que

⁴ Chesnais (2000) destaca capital-dinheiro como sendo o capital financeiro, ou seja, aquele capital que se valoriza conservando a forma –dinheiro (Alves, 1997).

permitem apreender as inovações sociais que constituem tal fenômeno. Em sua análise, o autor diferencia as inovações sociais que constituem o novo complexo de reestruturação produtiva em dois grupos: inovações sociais interiores à produção capitalista e inovações sociais exteriores à produção capitalista. O primeiro grupo refere-se às inovações organizacionais, inovações tecnológicas e inovações sócio-metabólicas. O segundo grupo engloba as inovações político-institucionais (representadas pelas formas do Estado neoliberal); as inovações econômicas e geo-econômicas (expressas pela macroeconomia neoliberal e os novos territórios e espaços do mercado mundial) e as inovações no âmbito da cultura (pós-modernismo).

Neste item, nos deteremos apenas a uma breve exposição da tríplice dimensão da reestruturação produtiva no que concerne às inovações sociais interiores à produção capitalista, em especial as inovações organizacionais que se expressam como cerne deste novo complexo de reestruturação produtiva. Tal apresentação se faz pertinente pois relaciona-se diretamente ao objeto de estudo deste trabalho. Refletir sobre os reflexos das transformações do trabalho em saúde a partir do processo de reestruturação produtiva requer uma compreensão das modificações sociais engendradas a partir do processo de reestruturação do capital.

Como primeira dimensão do referido complexo, ou seja, as inovações organizacionais, o toyotismo é apontado como o cerne deste movimento de mudança. Esse novo modelo de gestão do trabalho caracteriza-se por ser um padrão produtivo avançado tecnologicamente. Apresenta uma produção variada e heterogênea. Sua estrutura produtiva é flexível. Como resultado dessa inovação organizacional verificamos mudanças intensas no processo produtivo que afetaram os trabalhadores.

Destaca-se a flexibilização na organização do trabalho. Surge um novo perfil de trabalhador: um trabalhador polivalente e multifuncional ou um trabalhador precarizado (Antunes, 1999). O primeiro caracteriza-se por ser capaz de operar máquinas e ao mesmo tempo preparar os elementos necessários a esse funcionamento de maneira a reduzir ao máximo o tempo de não produção. Desta maneira, o trabalhador exercita sua dimensão intelectual. Em contrapartida, também cresce o número de trabalhadores precarizados, que são aqueles submetidos a

condições de precarização do trabalho e emprego, ao trabalho terceirizado, parcial, temporário.

No que diz respeito às inovações tecnológicas, estas referem-se às novas tecnologias microeletrônicas de produção e às novas tecnologias telemáticas, informacionais e em rede. É a era da robótica que se inicia com a reestruturação do capital. Hoje máquinas substituem o trabalho de vários homens a partir da inserção de novas tecnologias no processo produtivo. Ou seja, verifica-se o processo de automação, caracterizado por meios de trabalho que são autocontroláveis e autoprogramáveis. Neste contexto acontece o rompimento do caráter parcelar do trabalho. Isto é, um trabalhador passa a exercer funções de dois, três, ou mais trabalhadores ao mesmo tempo, muitas vezes apenas a partir do manuseio das máquinas.

Essas inovações tecnológicas têm implicações no processo produtivo. Entretanto, também refletem na saúde do trabalhador, na medida em que o uso intensivo de certas tecnologias podem acarretar sérias conseqüências para aqueles envolvidos no processo produtivo. São mudanças que afetam tanto a saúde quanto a subjetividade do trabalhador, uma vez que para manusear determinadas tecnologias é necessário uma maior qualificação e, por outro lado, a inserção de novas tecnologias no processo produtivo pode significar em determinados setores da economia uma redução de postos de trabalho. Um dos fatores do desemprego está atrelado às novas exigências do mercado e às mudanças no processo produtivo. Podemos citar como exemplo a situação dos bancários. Com a inserção de novas tecnologias, os caixas eletrônicos substituem o trabalho de vários bancários.

A revolução tecnológica proporcionada pela reestruturação produtiva a partir do reequipamento técnico, na produção de novos equipamentos, de novos tipos de trabalho, trouxe vários benefícios para a sociedade. Entretanto, provocou o aumento do exército de desempregados e piorou as condições de vida dos trabalhadores.

Fechando a tríplice dimensão das inovações da reestruturação produtiva, temos “as inovações sócio-metabólicas do capital que dizem respeito diretamente à constituição da nova subjetividade do trabalho assalariado” (Alves, 2007:192). Nesta dimensão, destacam-se os mecanismos de contrapartida salarial e de gestão da

organização do trabalho e a constituição do precário mundo do trabalho que proporciona o incentivo individual através do medo.

Essas mudanças estão relacionadas a nova configuração do trabalho na contemporaneidade do capital, caracterizadas pelas mudanças nas relações de trabalho. Novas formas de gestão do trabalho surgem contribuindo para a construção do novo mundo do trabalho.

Com a reestruturação produtiva, a flexibilização das relações de trabalho predominam. Desta forma, prevalecem os vínculos de trabalho temporários, o duplo emprego ou pluriemprego, trabalho parcial, e os processos de terceirização. Todos esses vínculos de trabalho apresentam traços de precariedade na medida em que afetam os direitos dos trabalhadores conquistados até então. Além da fragilidade dos vínculos, um outro agravante aparece: a ausência de estabilidade. O trabalhador convive com a incerteza do futuro profissional. Essa rotatividade tão presente na gestão do trabalho atualmente, é benéfico ao movimento do capital. Ele se apropria dessa vulnerabilidade dos vínculos empregatícios enquanto estratégia favorável ao aumento das taxas de lucro.

Ao longo da história do capitalismo, o regime de salariado sofreu modificações, proporcionando ao trabalhador assalariado assumir diversas formas sociais. Atualmente, com o processo de reestruturação produtiva do capital no contexto da mundialização, predomina o salariado precário. As relações de emprego complexificam-se no capitalismo contemporâneo. As várias modalidades de vínculos que surgem expressam a flexibilidade tão almejada pela dinâmica do capital. A flexibilização traz em seu bojo a desregulamentação das relações de trabalho e a precarização do emprego.

Diante desse novo cenário da sociedade do trabalho, com o predomínio do salariado precário, levanta-se a questão do desemprego. Na análise da precarização do regime de salariado na etapa atual do capitalismo, insere-se também a reflexão sobre o desemprego na contemporaneidade. Com as baixas remunerações, a flexibilidade dos vínculos de trabalho e a alta rotatividade dos trabalhadores, a ameaça do desemprego mantém-se sempre presente.

O desemprego foi uma das conseqüências mais severas verificadas pelas transformações no mundo do trabalho nas últimas décadas. De acordo com Sevcthenko (1987), o desemprego exerce a ruína de todas as ilusões do homem, destrói as famílias, gera delinqüência, faz aumentar as doenças e a mortalidade. Entretanto, de acordo com os dados da Organização Internacional do Trabalho (2010), o desemprego tem reduzido seus índices consideravelmente. O desafio para os trabalhadores atualmente tem sido a qualidade do emprego conquistado. Articula-se a este desafio a precariedade do salariedade e dos vínculos de trabalho na atualidade. Ou seja, atualmente a luta dos trabalhadores tem sido em prol das condições dignas de trabalho, remunerações condizentes com as necessidades básicas de cada trabalhador, estabilidade e relações de trabalho regulamentadas.

As inovações sócio-metabólicas da reestruturação produtiva engendram um novo e precário mundo do trabalho como também afetam a subjetividade do trabalhador a partir de mudanças “no universo de seus valores, do seu ideário, que pautam suas ações e práticas concretas” (ANTUNES, 1999:168). Destaca-se aqui a cultura do medo, sentimento que predomina e que acompanha o trabalhador nesse novo mundo do trabalho. A incerteza do futuro profissional, acompanhado pelas precárias formas de inserção no trabalho contribuem para que os sentimentos de prazer e satisfação no trabalho sejam substituídos por sentimentos de ansiedade, incerteza e desmotivação.

A subjetividade do trabalhador, quando atingida pela ofensiva do capital no trabalho, apresenta como conseqüência uma fragilidade na construção do projeto coletivo dos trabalhadores. O sentimento de desmotivação e desprazer no trabalho contribui para a inconsistência da organização dos trabalhadores, afetando sua consciência de classe. Atualmente o movimento sindical apresenta uma postura defensiva, na medida em que os trabalhadores passam a lutar pela manutenção de direitos que estão ameaçados pela ofensiva do capital ao trabalho, como o direito ao trabalho digno, ao invés de questionarem a ordem vigente do capital.

Torna-se interessante destacar que as inovações interiores ao processo de produção do capital que compõem o complexo de reestruturação produtiva articulam-se entre si. Elas não podem ser analisadas isoladamente. São inovações interiores e exteriores ao processo de produção do capital, cada uma com suas

especificidades e implicações na sociedade do trabalho, mas que possuem um mesmo ideal: alcançar os objetivos determinados pelo movimento do capital a partir dos ditames neoliberais no contexto do capitalismo atual.

Abordaremos a seguir os reflexos da reestruturação produtiva na estrutura do estado brasileiro a partir das novas formas assumidas pelo Estado neoliberal.

1.2. Inovações político-institucionais no capitalismo contemporâneo: a realidade brasileira

A reestruturação produtiva, enquanto novo padrão de acumulação do capital, engloba inovações sociais interiores e exteriores à produção capitalista. Entre as inovações exteriores ao processo de produção do capital destacam as inovações político-institucionais, a partir das formas do Estado neoliberal; as inovações no âmbito da cultura e as inovações econômicas, engendradas a partir do novo projeto econômico – o neoliberalismo – e inovações geo-econômicas, expressadas pelos novos territórios do mercado mundial (Alves, 2007).

Neste item nos deteremos a uma apresentação dos contornos gerais sobre uma dimensão das inovações externas que constituem o complexo da reestruturação produtiva: as inovações político-institucionais a partir das formas de Estado neoliberal. Focaremos nossa análise para a situação do Brasil.

O complexo de reestruturação produtiva, sob a égide da mundialização do capital, constitui-se de uma série de inovações que representam a totalidade concreta de tal fenômeno. As inovações externas referentes às mudanças político-institucionais estão articuladas às mudanças econômicas, como a macroeconomia neoliberal e a financeirização da economia. Assim, ao analisar as formas do Estado neoliberal a partir destas perspectivas, deparamo-nos com inovações na estrutura do Estado que refletem um processo de reforma do Estado sob várias aspectos.

Sumariamente, o diagnóstico do contexto sócio-econômico da crise de 1970 seria uma reação do capital a crise a partir da forte ofensiva contra o trabalho, caracterizada pela flexibilização e precarização e a centralização do capital através do processo de megafusões e privatizações. Desta forma, como resposta do capital a esta crise temos o projeto neoliberal, a partir de três frentes articuladas: a complexificação das relações sociais a partir da ofensiva ao trabalho; o processo de reestruturação produtiva e a reforma do Estado (Montaño, 2000).

Com a nova configuração do trabalho a partir da reestruturação produtiva, uma nova estrutura de Estado é exigida. O Estado brasileiro também é afetado pelas transformações societárias das últimas décadas do século XX e assume uma estrutura propícia à expansão do mercado. Na década de 1990, surge no Brasil um Estado mínimo, capaz de favorecer os ditames neoliberais. Desta forma, o Estado intervém no movimento do capital, tornando cada vez menos regulatório. Como conseqüências temos no campo econômico a entrada de capital estrangeiro no país, a obediência ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e o crescimento das privatizações. No campo social, verificamos a consolidação de políticas sociais fragmentadas e o rompimento da perspectiva do Estado em atender as reivindicações de interesse coletivo. A partir da Nova República (início em 1985) quando “um novo enfoque começava a se cristalizar, privilegiando a configuração de um Estado mínimo meramente subsidiário no plano econômico” (Nogueira, 1998). É a era do neoliberalismo que se aproxima.

A década de 1980 no Brasil foi marcada por uma profunda crise, “não tanto da gestão pública *strictu sensu*, mas sim da política econômica, da economia e das bases de sustentação do regime político” (NOGUEIRA, 1998: 101). Uma crise que assumia todas as dimensões: crise fiscal _ já que o Estado não conseguia manter seus gastos_; crise da burocracia como modelo administrativo e crise do modo de intervenção do Estado na economia; elementos que apontavam para o ensejo de mais uma tentativa de reforma administrativa no estado brasileiro que acabou se consolidando na década seguinte.

Este cenário que se desenhava está relacionado não só com o contexto social, econômico e político do Brasil, mas também com a conjuntura mundial. Em termos de mudanças nacionais, o Brasil vivenciava na década de 1980 o início de uma nova república, caracterizada pela crise do regime autoritário e pelo princípio do processo de redemocratização. As mudanças em curso respingavam na administração pública.

A crise capitalista observada nos anos 1970, juntamente com os fenômenos da reestruturação produtiva e da mundialização⁵ do capital, relacionada ao atual

⁵ As metamorfoses do mundo do trabalho são acompanhadas pelo que alguns denominam de *globalização*, mas que, incorporando a contribuição de Chesnais (1996 e 1997), pode ser apontado como processo de

contexto sócio-econômico e político, enquanto estratégia utilizada pelo grande capital, para redefinir socialmente o processo de produção de mercadorias repercutem fortemente na estrutura do Estado.

Em relação ao estado, portanto, existem fortes repercussões dos processos delineados anteriormente – a reestruturação produtiva e a mundialização – que configuram as linhas gerais de uma verdadeira contra-reforma. Esta adquire maior ou menor profundidade, dependendo das escolhas políticas dos governos em sua relação com as classes sociais em cada espaço nacional, considerando a diretiva de classe que hegemoniza as decisões no âmbito do Estado (Behring, 2002:32-3). Escolhas que se relacionam e resultam também do tempo histórico em que esta contra-reforma se instaura nas diferentes formações sociais. Trata-se de uma *contra-reforma*, já que existe uma forte evocação do passado no pensamento neoliberal, bem como um aspecto realmente regressivo quando da implementação de seu receituário, na medida em que são observadas as condições de participação política. (Behring, 2003, pág. 58-59).

No que diz respeito a esfera das relações entre Estado, sociedade e mercado, essa nova conjuntura do ideário neoliberal determina um conjunto de medidas de ajuste econômico e de reformas institucionais, como os mecanismos de privatização, as pressões do empresariado e da burocracia estatal para suprimir direitos sociais e trabalhistas e a “naturalização” da exploração do trabalho. Em relação às políticas de proteção social, verifica-se a substituição da ação do Estado pela ação das organizações particulares, sob o livre controle dos indivíduos (ANTUNES, 2005).

Em termos de Brasil, este cenário do capitalismo contemporâneo contribui para a quarta reforma administrativa do Estado⁶, na década de 1990, com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Os anos de 1980 foram caracterizados por um centralismo, formalismo e burocratização excessivos dos órgãos e dos serviços administrativos. Atrelado a isso, verificava-se

mundialização da economia, de constituição de um *regime de acumulação mundial predominantemente financeiro*, ou melhor, ‘uma nova configuração do capitalismo mundial e dos procedimentos e dos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação’ (CHESNAIS, 1996:13 apud BEHRING, 2003:41)

⁶ Entre os projetos reformadores do período republicano destacam-se quatro: o primeiro nos anos 30, a partir da criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP); a segunda reforma administrativa que se expressou através do Decreto-lei 200, em 1967; a terceira a com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a quarta a com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), (Souza, 2006).

um acelerado crescimento da administração indireta em detrimento da administração direta, significando uma perda de poder de controle e fiscalização do governo.

Nos anos de 1990 a 1992, inicia-se no Brasil as diretrizes do programa neoliberal, com o governo Collor: uma política de abertura econômica e financeira ao capital internacional, reduções dos fundos públicos para o financiamento da políticas sociais e privatizações. No primeiro e segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, entre os anos de 1995 a 2002, continuou-se e aprofundou-se esta agenda, levando a construção de uma nova estrutura de Estado.

No transcorrer dos anos 1990, temos a revigoração deste debate da reforma do Estado Brasileiro, a partir da existência de duas correntes: o Gerencialismo e a Administração Pública democrática. A primeira corrente está centrada no enfoque do mercado. Presume uma identificação entre administração pública e administração privada, além de uma redução dos custos do setor público e aumento de sua produtividade. Possui como objetivos centrais a eficiência e a produtividade. Nesta corrente, há a defesa de que a administração pública não apresenta grandes diferenças da administração privada.

A corrente da administração pública democrática se posiciona a favor de uma distinção entre administração pública e administração privada em face de motivações, valores e objetivos que conformam uma e outra. Ela é orientada na perspectiva de universalização e aprofundamento de direitos. Preconiza a utilização racional de recursos, subordinada a uma orientação ético-política democrática, significando uma maior descentralização das ações, agilidade de intervenção e otimização de recursos.

Entre as duas correntes, a primeira foi a hegemônica e tomou concretude com a 4ª Reforma do Estado em 1995. Esta reforma representou a inserção do modelo gerencial contraposto ao modelo burocrático⁷, tendo como princípios a descentralização, o controle de resultados e a produtividade.

⁷ Modelo burocrático: um serviço público profissional, baseado em procedimentos e regras rígidas e um sistema administrativo impessoal, formal e racional para combater o nepotismo e a total separação entre público e privado (Souza, 2006)

O Ministério da Administração e Reforma do Estado ficou a cargo de Bresser Pereira, segundo os ditames neoliberais e elegendo como principais objetivos: facilitar a competição da economia nacional no cenário internacional; ampliar a capacidade do executivo de planejar, dirigir, coordenar e avaliar as ações da administração pública; renovar o pacto federativo de modo a reduzir o conflito regional, dar acabamento à descentralização de competências, responsabilidades e receitas referentes ao Governo Federal, estados e municípios, prescrita na Constituição Federal de 1988; reestruturar e modernizar a administração pública reduzindo o déficit público (exoneração de funcionários, teto máximo remuneratório, reforma previdenciária), descentralizando a gestão através de transferência de atribuições para a sociedade civil e 3º Setor.

O temário principal da reforma prioriza a flexibilização, valorização e capacitação de recursos humanos, o surgimento de novos paradigmas organizacionais; busca de qualidade e existência na prestação dos serviços; redução do Estado, limitação de suas funções como produtor de bens e serviços e ampliação das funções reguladoras.

Conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, o Estado deve ser dividido em quatro setores⁸:

- a) Núcleo Estratégico de Estado: centro no qual se definem as leis e as políticas públicas e seu modo de controle. O Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário deve ser reforçado, e ocupado por servidores altamente competentes treinados;
- b) Núcleo de Atividades Exclusivas de Estado: garantem efetivamente o cumprimento das leis e o financiamento das políticas públicas; compreende a cobrança e fiscalização de impostos, as forças armadas, polícia, as regulamentações de trânsito, serviço de desemprego, fiscalização de normas sanitárias, previdência social, compra de serviços de saúde pelo Estado, subsídio a educação básica e controle do meio ambiente. Este núcleo deve ser descentralizado e de propriedade estatal.

⁸ Ver Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1990 em Câmara da Reforma do Estado.

- c) Núcleo de serviços não-exclusivos: são todos aquelas que o Estado prevê, mas que podem ser oferecidos mediante atuação simultânea com outras organizações públicas não estatais e privadas no campo da saúde, educação, cultura e pesquisa científica. Este núcleo deve ser autônomo e de propriedade pública não-estatal, com fins públicos e não lucrativos, com subsídios do Estado.
- d) Núcleo de Produção de Bens e Serviços: empresas de economia mista voltadas para o lucro.

Assim, nesta última tentativa de reforma do Estado afigura-se uma nova configuração deste, nos moldes neoliberais. Temos como resultado a implementação de políticas voltadas para a retração de sua intervenção na regulação da economia (exceto para a burguesia monopolista e a oligarquia financeira) e dos gastos públicos com políticas sociais.

A reforma administrativa de Bresser no Brasil, “processa um burocratismo monocrático (centralização), em determinadas áreas (política e econômica) e quebra a estrutura burocrática de outras áreas (social)” (Filho, 2006). Ela ilustra em escala nacional uma dimensão das inovações sociais exteriores à produção capitalista que, juntamente com as inovações sociais interiores ao movimento do capital, representa a totalidade concreta do complexo de reestruturação produtiva.

Nossa análise sobre os reflexos da reestruturação produtiva na área da saúde inicia-se a partir da compreensão da nova estrutura do Estado brasileiro a partir da década de 1990. Todas as transformações na estrutura do Estado no Brasil, seguindo os ditames neoliberais, afetam as políticas públicas, inclusive a Política Nacional de Saúde. Nessa mesma década de reforma administrativa do estado vivenciamos a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (conjunto das leis 8080 e 8142). O SUS representa um marco para a Política de Saúde do país, na medida em que expressa os preceitos constitucionais de direito a saúde enquanto dever do Estado:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988).

Entretanto, ao mesmo tempo em que presenciamos um avanço em termos de conquistas sociais, a partir da consolidação do SUS, no intuito de garantir uma assistência à saúde de qualidade e igualitária, verificamos também um retrocesso, no que diz respeito a estrutura do Estado brasileiro engendrada ao longo da década de 1990. Verificamos neste momento um processo de contra-reforma do estado brasileiro, onde prioriza-se a descentralização da atividade social do Estado. Isto significa que os serviços sociais que antes eram oferecidos pelo Estado em sua universalidade, hoje são oferecidos reduzidamente. Destacam-se aqui os fenômenos de mercantilização dos serviços sociais, onde serviços antes oferecidos exclusivamente pelo Estado passam a ser oferecidos pelo mercado. Incluem-se aqui as políticas de previdência social, de educação e de saúde.

O processo de reforma administrativa do estado afeta a Política Nacional de Saúde em várias dimensões. Afeta a consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir das dificuldades na operacionalização do sistema em garantir o acesso universal e a integralidade no atendimento. Esse quadro crítico corrobora-se pelas mudanças na estrutura do Estado uma vez que a saúde não fazia parte do núcleo estratégico da reforma administrativa. Sendo assim, a política de saúde teve que lançar mão de estratégias para conduzir suas propostas, entre elas a terceirização dos recursos humanos em saúde.

É nesse corolário que situa-se a questão da precarização do trabalho na rede SUS. Na tentativa de conseguir atender os preceitos de acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS, foi necessário uma descentralização da gestão do trabalho do sistema de saúde. Presencia-se ao longo da década de 1990 uma desregulação das relações de trabalho no âmbito da rede SUS, já que o Estado mostrava-se incapaz de fazer valer os preceitos constitucionais de acesso ao serviço público por meio de concursos de provas ou de títulos, como previsto no inciso II do artigo 37 da Constituição Federal de 1988.

A partir desse período é crescente o número de trabalhadores admitidos em instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, submetidos a vínculos de trabalho por prazo determinado. Estas contratações são legais enquanto atendem as legislações que respaldam as contratações em caso de excepcionalidade no serviço público. Conforme previsto no inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal:

Entretanto, quando extrapolam as determinações legais, previstas em leis, assumem assim um caráter de irregularidade. Portanto, concordamos com a análise de Nogueira (2006) ao utilizar a expressão “vínculos irregulares” para os trabalhadores submetidos a este tipo de vínculo no serviço público. Acreditamos que esta afirmativa procede para os casos em que os vínculos de trabalho temporário nos serviços públicos não atendem as normatizações referentes às contratações de caráter excepcional no serviço público, ferindo o princípio da legalidade da Lei Maior. Desta forma, as contratações dessa natureza devem atender prioritariamente a estes requisitos: atender necessidade temporária e de excepcional interesse público; ter tempo determinado.

Os casos em que não são respeitados os preceitos constitucionais e as normatizações legais sobre as contratações por tempo determinado no serviço público representam um traço de precariedade do trabalho na dimensão do emprego, na medida em que representam vínculos de trabalho de natureza irregular. No caso do emprego em saúde no âmbito do serviço público essa situação representa uma precarização das relações de trabalho na rede SUS, já que não podemos falar em emprego em saúde no serviço público sem falar no sistema nacional de saúde.

É importante ressaltar que mesmo sendo estes vínculos regidos pelo regime celetista não isentam a irregularidade do vínculo, caso não atendam a norma constitucional e as legislações específicas. No artigo 37 da CF/1988, em seu inciso I fica claro que cada instância do poder público deverá ter sua legislação específica sobre contratações temporárias. Sendo assim, no âmbito federal, destaca-se a Lei

8.745 de 9 de dezembro de 1993, que trata das contratações no serviço público federal. Cada estado e município brasileiro tem autonomia para estabelecer legislações complementares baseadas no Artigo 37 da CF/1988 sobre os contratos a termo no serviço público.

Podemos aferir que a reforma administrativa do estado brasileiro proporcionou mudanças significativas no modelo estatutário vigente. Atualmente, quando a flexibilização das relações trabalhistas são privilegiadas, existem além do regime estatutário, mais três regimes de trabalho adotados pela administração pública brasileira a saber: o regime celetista, o regime especial e o regime de cargos em comissão (NOGUEIRA et al, 2005). A seleção de tais regimes vai depender da forma de inserção do trabalhador, conforme previsto nos incisos I e II do artigo 37 da Constituição Federal de 1988:

Artigo 37. I – Os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;

II- A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia e concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal de 1988).

De acordo com Emenda Constitucional 19 de 04 de junho de 1998, em seu artigo 22, foi estabelecido o regime celetista para os cargos de emprego público na administração pública. Na Lei 8.745 de 09 de dezembro de 1993, que trata das contratações em caráter de excepcionalidade na administração pública federal, verifica-se a disposição do regime especial para os vínculos de trabalho dessa natureza.

O vínculo de trabalho na administração pública, criado para os servidores ocupantes de cargos em comissão, caracteriza-se pela livre nomeação e pela livre exoneração. Seu vínculo de trabalho é regido Regime Geral de Previdência Social, de acordo com a Lei 8.647, de 13 de abril de 1993. São cargos ocupados por

servidores de carreira, conforme definido no inciso V do Artigo 37 da Constituição Federal de 1988:

Artigo 37. V. As funções de confiança exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento (Constituição Federal de 1988).

Portanto, atualmente, com as mudanças adquiridas pela reforma administrativa do Estado, podemos dizer que o servidor público se divide em três tipos: aquele aprovado em concurso público, contratado a partir do regime estatutário para a investidura em cargo público; aquele aprovado em concurso público de regime celetista para a investidura em emprego público, e o servidor público temporário, que foi contratado para atender a uma necessidade de caráter temporário, regido pelo regime especial. A diferença entre os três tipos de inserção no serviço público que merece destaque é a estabilidade. Apenas na primeira situação a estabilidade é garantida. No caso do emprego público e do contrato temporário não é garantida a estabilidade conforme previsto no artigo 41 da CF/1988, que trata da estabilidade do servidor público nomeado para cargo de provimento efetivo em função de concurso público.

Dentre os vínculos de trabalho possíveis na administração pública destacamos a situação dos vínculos regidos pelo regime especial, referente aos servidores temporários. Ou seja, aqueles contratados para atender uma necessidade de caráter excepcional. É necessário repensar o significado que este tipo de contratação vem adquirindo ao longo das últimas décadas. É crescente o número de trabalhadores contratados por tempo determinado nas instituições públicas do país. Entretanto, verifica-se que estas contratações em alguns casos não atendem os preceitos constitucionais que regem tais vínculos. Não estamos criticando esta modalidade de vínculo no âmbito da administração pública. Acreditamos que em muitas situações as demandas dos serviços são maiores e urgências dos serviços públicos são gritantes. E sabemos também que um processo de abertura de

concurso é dispêndio de tempo em função dos protocolos e burocracias presentes durante todo o processo. Entretanto, verifica-se que muitas vezes torna-se mais vantajoso para o Estado o predomínio das contratações temporárias do que o provimento das vagas por meio de concursos públicos. É necessário ressaltar que essa dinâmica do Estado revela estratégias que são desenvolvidas inicialmente no setor privado e que disseminam-se para o setor público. Ou seja, verifica-se uma transposição da lógica privada de organização da produção e do trabalho para o âmbito público.

Como consequência dessa busca pelo Estado de eficiência e flexibilidade, presenciamos uma precarização das relações de trabalho no âmbito do serviço público por meio de vínculos irregulares de trabalho, pela instabilidade no trabalho e pelos impactos dessa fragilidade na subjetividade e saúde do trabalhador, assim como na qualidade dos serviços prestados a população. Respaldados em Nogueira (2006), identificamos como vínculos de trabalho irregulares no serviço público todos os vínculos que não respeitam os preceitos constitucionais e as legislações específicas sobre as contratações no serviço público. Nos casos das contratações temporárias, as maiores irregularidades referem-se aos prazos dos contratos, extrapolados com relação ao permitido nas legislações. A necessidade que antes era temporária, passa a ser permanente.

De acordo com Lima (2002), entre os pré-requisitos essenciais para que a contratação temporária aconteça, destaca-se a urgência na contratação do pessoal e o caráter econômico das contratações. O primeiro pré-requisito refere-se a justificativa da necessidade de caráter excepcional. A demanda por esse provimento da vaga com urgência num caráter de exceção à regra, ou seja, sem a seleção por meio de concurso público deverá ser devidamente justificada. Em segundo lugar, a questão econômica refere-se ao baixo custo das contratações com relação aos concursos. Ou seja, para o Estado é mais vantajoso, já que as contratações temporárias não oneram os cofres da instituição contratante com aposentadorias futuras.

Nos filiamos ao posicionamento de que quando as contratações temporárias assumem um caráter permanente favorecem a administração pública, na medida em que esse quadro contribui para manter a estrutura de Estado neoliberal, reforçando

assim a ofensiva contra o trabalho e a consolidação do projeto neoliberal. Destarte, concluímos que as novas formas de Estado neoliberal expressam uma das inovações do processo de reestruturação produtiva no contexto da mundialização do capital, uma vez que representa inovações externas ao processo de produção do capital, mas ao mesmo tempo necessária a ele. Para Chesnais (2001: 10), “os fundamentos da mundialização do capital são tão políticos quanto econômicos”. Uma atuação do Estado favorável, se concretiza a partir de uma retração necessária deste, como estratégia para que o capital alcance seus objetivos.

É apenas na vulgata neoliberal que o Estado é “exterior” ao “mercado”. É preciso recusar as representações que gostariam que a mundialização fosse um desenvolvimento natural. O triunfo do “mercado” não poderia ser feito sem as intervenções políticas repetidas dos Estados capitalistas mais poderosos, os Estados Unidos assim como os outros países membros do G7 (Chesnais, 2001: 10)

Concluímos este primeiro capítulo evidenciando que o Estado brasileiro se adéqua às novas exigências postas pela ordem do capital vigente, uma vez que as mudanças sócio-econômicas- políticas no Brasil não podem ser indissociadas do contexto de transformações societárias em nível mundial.

No próximo capítulo refletiremos mais detalhadamente sobre as mudanças no mundo do trabalho e seus reflexos na área da saúde. Analisaremos as mudanças da categoria trabalho, a partir da dimensão do emprego no setor saúde. Nossa intenção é destacar os principais reflexos da reestruturação produtiva no mercado de trabalho em saúde.

CAPÍTULO 2

TRABALHO EM SAÚDE E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

“Nós já não sabemos muito bem quando trabalhamos e quando não trabalhamos. Nós estaremos constantemente ocupados em fazer todos os tipos de negócios”

Pierre Lévy, “Filosofia Word”

As transformações societárias que emergiram a partir da década de 1970, reconfigurando as necessidades sociais e criando novas, ao metamorfosear a produção e a reprodução da sociedade, atingem diretamente a divisão sócio-técnica do trabalho. Em função do esgotamento dos padrões de acumulação, o mundo do trabalho vem sofrendo alterações para que sejam mantidas a lucratividade, a extração de mais-valia e a acumulação do capital (ANTUNES, 1999).

A reestruturação do mundo do trabalho vem alcançando de diferentes formas as categorias profissionais. De acordo com Santos (2000), essas mudanças atingiram não apenas categorias profissionais menos qualificadas, mas também quadros técnicos em atividades de serviço nos diferentes setores da economia. Nenhuma categoria profissional permanece imune às transformações no mundo do trabalho. No setor saúde essa situação reflete-se não somente nas condições

objetivas de trabalho, mas também na qualidade do trabalho ofertada à população e, sobretudo, na pessoa do trabalhador, vulnerável a todas essas transformações.

Para que se entenda toda essa dinâmica é necessário compreender o processo de precarização do trabalho e a constituição do precário mundo do trabalho sob a égide da mundialização. Desta forma, neste capítulo, iremos refletir, num primeiro momento, o processo de precarização do trabalho na conjuntura atual. Num segundo momento, iremos prosseguir nossa análise para a repercussão dessas mudanças na área da saúde.

2.1. O atual mundo do trabalho: o processo de precarização

Refletir sobre as transformações no mundo do trabalho a partir de uma perspectiva materialista, significa compreender quais os principais elementos que constituem o fenômeno de construção do precário mundo do trabalho sob a égide da mundialização do capital. O novo complexo de reestruturação produtiva, articulado a nova ordem do capital, tende a impulsionar o processo de precarização do trabalho, provocando uma crescente desregulamentação das relações entre capital e trabalho.

O processo de precarização do trabalho e a constituição do precário mundo do trabalho são traços do novo sócio-metabolismo do capital nas condições da mundialização financeira. Ela atinge tanto países capitalistas centrais, como países capitalistas periféricos, como o Brasil. Inclusive, no caso do capitalismo brasileiro, o processo de precarização do trabalho assume dimensões histórico-genéticas (originárias da nossa formação colonial), quanto dimensões histórico-sociais vinculadas à nova ordem da mundialização do capital (Alves, 2007, p. 111)

Na atualidade, com a expansão capitalista, a busca por mais produtividade e mais lucratividade acentuou-se, favorecendo o avanço tecnológico e a concentração de impactos sobre as relações sociais de produção, surgindo assim um novo mundo

do trabalho, marcado pela precarização do trabalho, pela complexificação e desregulamentação das relações de trabalho, expressas a partir da ampliação do trabalho sem vínculo empregatício ou por conta própria, por baixa remuneração ou sem rendimento fixo, em tempo parcial ou esporádico.

Ao analisar o sistema capitalista contemporâneo, é importante ressaltar que numa conjuntura de crise, a reestruturação da produção e a reorganização dos mercados são estratégias fundamentais para o estabelecimento de um novo equilíbrio.

O ponto de partida para esta reflexão assenta-se na crise capitalista observada nos anos 1970 e a reestruturação produtiva, relacionada ao atual contexto sócio-econômico e político, enquanto estratégia utilizada pelo grande capital para redefinir socialmente o processo de produção de mercadorias, como já foi discutido no capítulo anterior.

Como resposta à sua própria crise, desenvolve-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujas expressões mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, além de um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital dos instrumentos necessários, na tentativa de repor os patamares de expansão anteriores. Verifica-se então o surgimento do projeto econômico do neoliberalismo a partir de três frentes articuladas: o fenômeno da reestruturação produtiva, a reforma do Estado e a ofensiva contra o trabalho (Montaño, 2000).

O novo regime de acumulação flexível engendra-se como um novo padrão produtivo avançado tecnologicamente. Assume características de uma produção variada e heterogênea, com uma estrutura produtiva flexível, desconcentrada e terceirizada, que visa romper com o caráter rígido do binômio taylorista/fordista. É sobre essa nova configuração do trabalho a partir do processo de reestruturação produtiva que se consolida o ideário neoliberal. Essa nova roupagem do capital exige uma estrutura de Estado mínima, menos regulatório, que favoreça o movimento do capital (Behring, 2003).

No que se refere à ofensiva contra o trabalho propriamente dito, as mudanças também foram profundas. Com o neoliberalismo, as conquistas sociais obtidas ao longo do tempo pelo movimento organizado dos trabalhadores são afetadas; os direitos passam a ser considerados privilégios. Este quadro corrobora a tese de que a flexibilidade, o desemprego, as condições de trabalho e de emprego precárias e a terceirização, tornam-se realidades cotidianas no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo.

Além dos impactos da crise, especialmente em função do desemprego, da precarização do trabalho, do rebaixamento salarial e dos sistemas de proteção social, observa-se por parte dos trabalhadores a existência de iniciativas pontuais de enfrentamento da crise, que fragmentam suas formas históricas de organização. De acordo com Antunes (1999), é comum hoje um clima de adversidade e hostilidade contra o sindicalismo. Os sindicatos, antes empenhados na melhoria das condições de trabalho, com o aumento do desemprego, passam a atuar defensivamente, preferencialmente, visando a manutenção e a ampliação dos empregos, enfraquecendo o seu poder de ação, e sofrendo um processo de crescente dessindicalização dos trabalhadores, o que, aliás, é bastante encorajado pelas empresas.

Diante de tais mudanças no padrão de acumulação, verifica-se assim decorrências de mutações no modo de ser e viver da classe trabalhadora. Conforme Antunes (1999), destaca-se neste contexto três tendências deste quadro de mudanças: a primeira, à diversidade, heterogeneidade e complexidade da classe trabalhadora; a segunda, à divisão sexual do trabalho e a terceira, ao crescimento do setor de serviços, do terceiro setor e de novas formas de trabalho em domicílio.

Em relação a primeira tendência, observa-se uma freqüente redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada. Em contrapartida, tem-se um enorme incremento do subproletariado, do trabalho precário e dos assalariados no setor de prestação de serviços (Antunes, 2005). Ou seja, surge um novo perfil de trabalhador: o terceirizado, o subcontratado, o *part-time*, o subproletariado. Todos eles submetidos ao trabalho precarizado, mal remunerado, como já mencionado anteriormente.

A tendência à divisão sexual do trabalho caracteriza-se por uma expansão do trabalho feminino. Entretanto, esta expansão acontece seguida de uma desigualdade salarial, desigualdade de direitos e condições de trabalho em relação aos homens. Ainda em relação a esta tendência destaca-se a questão da dupla jornada de trabalho, isto é, a mulher trabalhadora que, em geral, realiza trabalho “dentro e fora da fábrica” (Antunes,1999:108) . Segundo o mesmo autor, além desta duplicidade do ato do trabalho, a mulher é duplamente explorada pelo capital: desde logo por exercer, no espaço público, seu trabalho produtivo. Mas, no universo da vida privada, ela consome horas decisivas no trabalho doméstico, com o que possibilita (ao mesmo capital) a sua reprodução, nessa esfera do trabalho não diretamente mercantil, em que se criam condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho de seus maridos, filhos e de si própria. Sem essa esfera da reprodução não diretamente mercantil, as condições de reprodução do sistema de metabolismo social do capital estariam bastante comprometidas, se não inviabilizadas.

E, por fim, temos a tendência ao crescimento dos assalariados no setor de serviços, do chamado “terceiro setor” e das novas formas de trabalho em domicílio. Nas últimas décadas tem ocorrido uma significativa expansão dos assalariados médios e de serviços, que permitiu a incorporação de amplos contingentes oriundos do processo de reestruturação produtiva industrial e também da desindustrialização (Antunes, 1999). A expansão do trabalho no chamado “terceiro setor”, sobretudo nos países capitalistas avançados como EUA, Inglaterra, entre outros, assume uma outra forma de ocupação, em empresas de perfil mais voluntário, incorporando um amplo leque de atividades, sobretudo assistenciais, sem fins lucrativos e que se desenvolvem um tanto à margem do mercado, motivadas predominantemente por formas de trabalho voluntário.

Duas características distintas do capitalismo da nossa época podem ser citadas: mercado global e uso de novas tecnologias e as novas maneiras de organizar o tempo do trabalho (SENNET, 2001).

A era do mercado global é caracterizada entre outros elementos pela inserção de tecnologias cada vez mais modernas na produção. Dejours (1999) acrescenta que essa conjuntura atual nos induz a acreditar que o sofrimento no trabalho foi

bastante atenuado ou mesmo completamente eliminado pela mecanização e a robotização, que teriam abolido as obrigações mecânicas, as tarefas de manutenção e a relação direta com a matéria que caracterizam as atividades industriais. Entretanto, a realidade é que há, na atualidade, o sofrimento dos que trabalham. Esse sofrimento concretiza-se a partir das inovações sócio-metabólicas engendradas pelo processo de reestruturação produtiva. Tais inovações referem-se às novas formas de gerenciar o trabalho, caracterizadas pela flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho, pela baixa remuneração, precariedade do emprego e ameaça do desemprego. Essas inovações afetam a subjetividade do trabalhador, proporcionando um sofrimento dos que trabalham, com a potencialização de sentimentos como incerteza, ansiedade e medo. Medo de perder o pouco que já conquistou; medo do futuro profissional diante da ausência de garantias e estabilidade no emprego.

Na verdade o que se verifica é um agravamento das contradições entre o trabalho e o capital a partir da revolução técnico-científica. Tal revolução proporcionou um novo rumo ao desenvolvimento de todas as potencialidades do trabalho, a elevação do seu papel no desenvolvimento do homem como a principal força de trabalho, o aperfeiçoamento das formas sociais de organização do trabalho e o aumento da produtividade social do trabalho. Entretanto, a introdução de novas técnicas aumentaram o caráter explorador do trabalho assalariado no capitalismo. As conquistas da revolução técnico-científica transformam-se num instrumento de intensificação da exploração dos trabalhadores assalariados e crescimento contínuo da intensidade do trabalho sem um aumento correspondente na remuneração, e fazem aumentar o desemprego.

A segunda especificidade do capitalismo contemporâneo, ou seja, as novas formas de organizar o tempo do trabalho, está diretamente relacionada às novas palavras de ordem: aceleração, velocidade, tempo real, tempo virtual, comunicação instantânea e globalizada, trabalho temporário e tantas quantas possam evocar a idéia da experimentação de temporalidades (SENNET, 2001: 22).

Todas as mudanças advindas da reestruturação produtiva, principalmente aquelas provenientes do uso de novas tecnologias, vão incidir diretamente sobre o tempo e, ao instituírem novos regimes temporais, vão afetar a subjetividade do

trabalhador. O esquema de curto prazo das instituições modernas, expresso a partir das novas modalidades de contratação, limita o amadurecimento da confiança informal (SENNET, 2001). Isto significa dizer que cada vez mais os trabalhadores são envolvidos pelo sentimento de medo e insegurança no trabalho: medo de perder o emprego, medo da remuneração insuficiente, medo das novas exigências do mercado. E paralelo a este movimento, verifica-se que a subjetividade do trabalhador é atingida de tal maneira que ele transfere esse sentimento de insegurança da esfera do trabalho para as relações pessoais.

Uma outra conseqüência destas transformações no mundo do trabalho, que merece ser citada, é a problemática do desemprego. De acordo com Sevcthenko (1987), o desemprego exerce uma influencia destruidora sobre os trabalhadores. Ele representa a ruína de todas as ilusões do homem, destrói as famílias, gera delinqüências, faz aumentar as doenças e a mortalidade.

Desempregado, desocupado, privado pelo regime social injusto da possibilidade de trabalhar, de sustentar a si e à sua família _que pode haver de mais trágico na vida do homem? A procura constante à espera de encontrar um emprego, as tentativas, que infelizmente, são na maioria das vezes, vãs, deixam pessoas privadas da base de sua existência, desorientadas e desesperadas, são milhões nos países onde o capital domina e impõe as suas leis, (SEVTHENKO, P. 1987:88).

A revolução tecnológica proporcionada pela reestruturação produtiva a partir do reequipamento técnico, na produção de novos equipamentos, de novos tipos de trabalho, trouxe vários benefícios para a sociedade. Podemos citar como exemplo os avanços na área da saúde a partir do incremento de novas tecnologias no processo de trabalho. Destacam-se entre outros, os modernos recursos tecnológicos de diagnósticos, a engenharia genética, as avançadas técnicas de transplantes de órgãos humanos e os novos recursos tecnológicos na indústria farmacêutica. Entretanto, provocou o aumento do exército de desempregados e piorou as condições de vida dos trabalhadores. Isto porque uma parte cada vez maior do capital (capital constante) é utilizada para renovação dos meios de trabalho, e uma parte cada vez menor (capital variável) é destinada a satisfazer a procura do

emprego pela força de trabalho. Nesse sentido podemos até concluir que o desemprego não é causado pelo progresso tecnológico, mas sim pela maneira como os capitalistas se servem dele.

Desta forma, como resposta a mais uma de suas crises cíclicas, o capitalismo lançou mão de estratégias que acirram ainda mais o conflito entre o capital e o trabalho. Utilizou a receita da reestruturação produtiva trazendo como um de seus resultados a banalização do trabalho, expressa através do medo, da ameaça de desemprego, da precarização. Todo este contexto nos mostra que a luta econômica dos trabalhadores é muito importante, expressa principalmente pela necessidade de superação das principais tendências desencadeadas pelo neoliberalismo e pelo processo de reestruturação produtiva: o alto índice de desemprego e a precarização do trabalho. Entretanto, sabemos que não se trata de uma luta individual. É necessário uma luta política e coletiva destes sujeitos para que as condições de opressão econômica e política, mesmo que a longo prazo, sejam superadas. Novamente nos remetemos às inovações sócio-metabólicas engendradas pela reestruturação da produção do capital. Tais inovações, ao contribuírem para a construção do precário mundo do trabalho, como já foi dito anteriormente, fragilizam a consciência de classe do trabalhador. Destarte, as organizações associativas de categorias, como os sindicatos, assumem uma atuação que se mostra favorável a lógica do mercado, ficando fortemente comprometidas diante do receituário da reestruturação produtiva.

As transformações societárias, nas últimas décadas, atingem fortemente a consciência de classe dos trabalhadores. A necessidade de uma luta política torna-se ameaçada na medida em que o sindicalismo sofre uma crise de identidade diante destas novas tendências no mundo do trabalho. Surge um novo sindicalismo, caracterizado por uma postura mais defensiva, “cada vez mais atada à imediatidade, à contingência, regredindo sua já limitada ação de defesa de classe no universo do capital” (ANTUNES, 2005:150). Define-se neste contexto o sindicalismo de participação. Ou seja, o sindicalismo assume uma postura onde a consciência de classe torna-se fragilizada. Caracteriza-se por uma ação defensiva, onde não são privilegiados os questionamentos sobre a ordem vigente. Os trabalhadores se organizam atualmente em prol da manutenção de direitos já conquistados: direito ao

trabalho digno, ao emprego de qualidade, à remuneração adequada às suas necessidades.

Verifica-se que esta resposta do capital à sua própria crise proporcionou mutações econômicas, sociais, políticas e ideológicas, com fortes repercussões e impactos no ideário, na subjetividade e nos valores constitutivos da classe trabalhadora, surgindo assim um novo mundo do trabalho: um cenário ampliado, complexificado, fragmentado, diverso e heterogêneo. O cenário do século XXI é marcado por um novo perfil de trabalhador: ou é um trabalhador com níveis de qualificação e educação elevados; ou é um trabalhador com emprego precário, sem perspectiva de classe e com seus direitos trabalhistas e previdenciários ameaçados.

Ao analisar o processo de precarização do trabalho no Brasil, percebe-se que a situação nacional segue tendências mundiais da nova estrutura do trabalho, mas incorporando traços específicos. Destacam-se em nosso país o inchaço do setor informal juntamente com o acirramento da precarização do emprego, com postos de trabalho de baixa qualidade, caracterizados por uma nova precariedade salarial (ALVES, 2007).

A precarização do trabalho no Brasil não atinge apenas o setor informal, mas o universo do trabalho como um todo. Atinge aquele trabalhador que também está inserido no mercado formal como reflete naquele trabalhador que está lutando para sair do desemprego. Surge assim uma nova precariedade que envolve todos os setores da economia, caracterizada pela perda de direitos, pelas novas formas de flexibilização salarial, pelas longas jornadas de trabalho e pela insegurança e o medo presentes na vida destes trabalhadores.

Essa nova precariedade do trabalho no Brasil explica-se por um misto de fatores. Em primeiro lugar, pela própria condição do país enquanto nação capitalista em desenvolvimento subalterna, inserida no mercado mundial. Esta condição explica o processo de concentração de renda no país, onde impera a desigualdade social e a divisão de classes. Mas esta condição por si só não justifica as especificidades da precarização do trabalho no contexto brasileiro. É necessário lembrar as condições históricas em que se desenvolveu o modo de produção capitalista no país. Um país

que antes de passar pela revolução capitalista era de natureza colonial-escravocrata, com uma economia baseada na exportação (ALVES, 2007).

Um outro elemento que contribui para o processo da nova precariedade do trabalho, refere-se as mudanças ocorridas na conjuntura social, econômica e política do Brasil ao longo dos últimos trinta anos. O país enfrentava um contexto de crise: uma crise fiscal, a partir da inflação e estagnação da renda per capita; crise do modo de intervenção do estado na economia; crise administrativa do Estado, em função da estrutura burocrática da administração e crise política, pelo fim do regime militar e adaptação ao regime democrático. Uma atenção especial para a década de 1990, que serve de cenário para a chegada do neoliberalismo no país, provocando mudanças no capitalismo brasileiro no contexto da mundialização do capital.

Nesse cenário deparamos com um trabalhador brasileiro também submetido as novas tendências do mundo do trabalho. Alves (2007), define um triplo perfil de trabalhador brasileiro. Um primeiro perfil caracterizado pelo trabalhador estável, que é aquele inserido no mercado de trabalho formal, celetista ou estatutário, que possui seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos. Um segundo perfil seria aquele constituído por trabalhadores denominados precários – sua denominação já indica sua inserção no mercado de trabalho. Caracterizam-se por serem acometidos de uma precariedade nos postos de trabalho e nas remunerações. Além disso, os direitos trabalhistas adquiridos ao longo da história de luta da classe trabalhadora são desprezados. E como terceiro perfil de trabalhador no país, temos os trabalhadores de classes médias. São eles: os trabalhadores autônomos, que possuem empregos, mas não são celetistas e nem estatutários; ou são trabalhadores que ocupam postos de trabalho e são celetistas; ou estatutários em atividades de gerência ou que exigem conhecimento técnico/ profissional e os desempregados portadores de diploma de curso superior, que nas palavras do autor “em sua maior parte é de proletários de colarinho branco” (ALVES, 2007: 272), ou seja, cidadãos que possuem diploma de curso superior, mas não trabalham por terem uma condição financeira favorável.

Nesse breve retrato do trabalhador brasileiro chama atenção os dados revelados pelas estatísticas. Entre os perfis apresentados, o trabalhador precário representa o maior contingente: mais de 1/3 da população economicamente ativa do

país (Alves, 2007). É um fato que não pode ser ignorado pois constata-se que as variáveis que estão presentes nas tendências mundiais de metamorfoses no mundo do trabalho, como renda salarial, níveis de escolaridade e de qualificação e questão do gênero, também se expressam na estrutura do trabalho brasileiro.

No século XXI percebemos significativas nuances no *modus operandis* da produção capitalista: alterações na estrutura dos estados nacionais, nas classes sociais e no perfil dos trabalhadores. Neste contexto de reestruturação produtiva sob o ideário da mundialização do capital e do neoliberalismo, surge um novo mundo do trabalho. Um mundo novo, mas precário.

Tendo em vista o foco de nosso estudo, a seguir abordaremos a precarização do trabalho na área da saúde e as principais tendências na sociedade brasileira, enfocando o sistema nacional de saúde.

2.2. Precarização do trabalho em saúde

A inserção do Brasil na economia globalizada e a conseqüente reestruturação do mundo do trabalho, iniciada no Brasil em fins da década de 1980, vem atingindo de diferentes formas as categorias profissionais em face da flexibilização das relações de trabalho, provocando uma crescente desregulamentação das relações entre capital e trabalho, resultando na precarização do trabalho e do emprego e no desemprego de um vasto contingente da força de trabalho.

De acordo com a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) realizada permanentemente pela Fundação SEAD- DIEESE, durante os anos de 2009 e 2010, nas cinco regiões metropolitanas (Belo Horizonte, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador e Porto São Paulo) e no Distrito Federal, os números foram os seguintes:

Tabela 2: Estimativas da população em idade ativa, segundo condição de atividade Regiões Metropolitanas e Distrito Federal.

Condição de atividade	Estimativas	Estimativa
	(em mil pessoas)	(em mil pessoas)
	2009	2010
População economicamente ativa	21.705	22.051
Ocupados	18.667	19.432
Desempregados	3.038	2.620
População Economicamente ativa	21.705	22.052

Fonte: Convênio DIEESE/SEADE, MTE/FAT e convênios regionais. PED - Pesquisa de Emprego e Desemprego

De acordo com Santos (2000), essas mudanças atingiram não apenas categorias profissionais menos qualificadas, mas também quadros técnicos em atividades de serviços nos diferentes setores da economia. No setor saúde essa situação reflete-se não somente nas condições objetivas de trabalho, mas também na qualidade do trabalho ofertada à população e, sobretudo, na pessoa do trabalhador, vulnerável a todas essas transformações.

Na contemporaneidade, marcada pelo incremento de novas tecnologias na produção e pela crescente exigência de novas habilidades como requisito para que o trabalho se adeqüe as mutações no mundo do trabalho, o setor saúde também sofre estes impactos: mudanças nos métodos de gestão do trabalho, qualificação profissional, regulação das profissões e ambientes de trabalho adequados.

Merhy e Franco (2003) denominam de reestruturação produtiva na saúde as novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e, efetivamente, até mudam a forma de assistir as pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas a priori, mas verificadas a partir do momento em que se estruturam novos padrões de produção e organização dos processos de trabalho.

Para compreender o processo de reestruturação produtiva em saúde é necessário inicialmente entender o que seja trabalho em saúde e quem são os sujeitos envolvidos neste processo. O trabalho em saúde representa um importante setor na absorção do trabalho na medida em que é essencial para a vida humana, que representa parte considerável do setor de serviços e assume características do trabalho assalariado.

Trabalhadores em saúde representam os recursos humanos que estão diretamente envolvidos em ações com usuários dos sistemas de saúde e aqueles que prestam apoio à gestão clínica –assistencial, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no setor privado. Eles atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao cidadão doente ou atendido em programas de promoção da saúde, sendo que podem também atuar nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia (NESCON/UFMG, 1997).

O processo de reestruturação produtiva no setor saúde representa a incorporação de novas tecnologias duras (maquinaria), planejamento estratégico e de gerenciamento flexível, que, juntos, proporcionam inovações na organização do processo de trabalho em saúde. Tal processo garante ao setor a incorporação de transformações recentes da produção capitalista. Como o setor saúde possui características específicas, o processo de reestruturação produtiva nesta área engloba diversas dimensões como o processo de trabalho, as condições de trabalho e o emprego. Neste estudo nos deteremos, apenas, na dimensão da reestruturação produtiva em saúde relacionada às alterações no mercado de trabalho.

Ditas alterações relacionam-se com a precarização do emprego de maneira global. Seguindo o raciocínio de Belisário et al (2005), o processo de precarização do trabalho segue um movimento duplo caracterizado pela precarização do emprego e pela precarização do trabalho. A precarização do emprego incorpora variáveis como a precariedade do estatuto do emprego a partir do trabalho terceirizado, trabalho parcial, domiciliar, contratos temporários e até mesmo contratações sem contrato, sem regulamentação. A precarização do trabalho se dá a partir da precariedade do ambiente de trabalho, com ausência de meios adequados para a realização do trabalho, ausência de segurança, exposição aos riscos no ambiente laborativo, exposição a microorganismos desconhecidos etc. Em paralelo, a precariedade da organização do trabalho, onde destacam-se o trabalho polivalente, as longas jornadas de trabalho, as novas demandas dos cidadãos e a excessiva avaliação quantitativa dos dados.

Essa precarização do emprego, caracterizada pela ausência de regulação das relações de trabalho também atingiu o setor público, principalmente no contexto da reforma administrativa do Estado brasileiro na década de 1990. E na situação da saúde este fato ganhou contornos específicos. Neste estudo, ao debater a precarização do trabalho em saúde, teremos como referência a precarização do trabalho em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Optamos por fazer este recorte já que o setor público apresenta-se como o maior empregador na área da saúde (Machado, 2005).

São expressivos o número de profissionais que atuam na rede do Sistema Único de Saúde. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em

Saúde (CNES), em abril de 2006, chegava a 1.436.987 trabalhadores de saúde no Brasil, contando com trabalhadores de nível médio e de nível superior. Desse total, 91,9% são ocupações de saúde vinculadas ao SUS (Ministério da Saúde, 2007).

Os indicadores de emprego em saúde apontam o crescente índice de trabalhadores contratados na rede SUS, e muitas vezes apresentando vários vínculos para tentar alcançar uma remuneração adequada. Além da exposição aos riscos próprios do ambiente de trabalho nas instituições de saúde, os trabalhadores desta área sofrem os reflexos da precarização do emprego.

Em níveis internacionais, de acordo com dados do documento da NESCON/UFMG (1997) sobre as Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde, são cerca de 20 milhões de trabalhadores em saúde na América Latina, Caribe e Estados Unidos, representando um grupo expressivo de trabalhadores que vivenciam as tendências contemporâneas no mundo do trabalho.

No Brasil, o mercado de trabalho em saúde representa uma importante parcela da economia nacional no setor de prestação de serviços (público e privado), uma vez que gera dois milhões de empregos diretos. Atualmente, o setor da economia que apresenta o maior índice de empregabilidade é o da saúde, mesmo estando inserido em uma era tecnológica caracterizada pela redução da força de trabalho.

Trata-se de um mercado de trabalho com características próprias, pois necessita de profissionais especializados, já que qualquer atividade realizada na área requer profissionais com qualificação específica (formal ou empírica), seja de nível superior ou elementar. Conforme Machado (2005), o setor público é o maior empregador de trabalhadores em saúde; a maioria da força de trabalho é feminina, representando um total de 70%; a força de trabalho é de uso intenso e diversificado; os profissionais são contratados de variadas formas (concurso, contratos), e as jornadas de trabalho variam de 12 até 44 horas semanais. Diante do número expressivo de trabalhadores envolvidos nesta área e submetidos às tendências contemporâneas assumidas pela categoria trabalho, reforçamos a necessidade de compreender as novas complexidades do trabalho em saúde.

Ao analisar o mercado de trabalho em saúde no Brasil, é necessário levar em consideração as mudanças ocorridas no país, particularmente nas duas últimas décadas. Um quadro marcado pela chegada do neoliberalismo, pelo processo de reforma administrativa do Estado e mudanças no âmbito das políticas públicas.

A saúde passa também por um período de transformações, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária, movimento que teve início no final da década de 1970 e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990 (conjunto das leis nº 8080, de setembro de 1990 e nº 8142, de dezembro de 1990).

O Movimento de Reforma representou uma grande avanço para a política de saúde nacional. Contribuiu para a consolidação da política de saúde que se fortaleceu ao longo da década de 1980. Tal período representou um momento favorável para a gestão de um novo rumo para a saúde pública. O florescimento dos movimentos sociais, o término da ditadura, a mobilização dos intelectuais, representou um solo fértil para as mudanças que se vislumbravam para a Saúde no país. Este movimento engendrou um novo significado para os problemas sanitários da época e novas propostas para que fossem superados. Paralelo a este movimento, tem-se a VIII Conferência de Saúde, onde são refletidos os ideais de equidade, universalidade e controle social. O Movimento de Reforma Sanitária juntamente com a Conferência de Saúde de 1986 representam as condições objetivas e subjetivas para a promulgação das Leis 8080 e 8142, culminando na criação do SUS no início da década de 1990.

O SUS surge numa década onde as tendências predominantes relacionadas ao mundo do trabalho caracterizam-se por profundas mudanças na forma de ser e de viver da classe trabalhadora, com alto índice de desemprego e precarização (Antunes, 1999). Os trabalhadores da saúde não ficaram imunes a este movimento: verificaram-se mutações, principalmente aquelas relacionadas à precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde.

O setor saúde representa uma área de importante absorção da força de trabalho. No âmbito da gestão pública existem várias formas de contratação, não sendo o vínculo estatutário o único regime de trabalho adotado. É importante

destacar que o empregador público possui especificidades que o difere do empregador privado e que são respaldadas pelo Direito Administrativo previsto na Constituição Federal de 1988, já que:

o Estado é uma instituição criada de maneira soberana em face dos interesses e dos direitos dos agentes privados, pois cabe a ele zelar pelos interesses e direitos dos agentes privados, pois cabe a ele zelar pelos interesses e direitos de todos. A norma da natureza pública, que organiza o Estado e rege sua ação, tem supremacia em relação à norma que regula o agente privado. O agente privado pode fazer tudo que não contraria lei (princípio da autonomia da vontade), e a lei busca garantir que os interesses de um particular não derroguem os direitos de outro. Porém, o Estado está limitado em sua soberania pelo império da lei, ou seja, só pode fazer o que está legalmente estabelecido ou determinado (Nogueira, et al, 2005: 07).

O artigo 7º do Capítulo II da Constituição Federal de 1988, referente aos Direitos Sociais, prevê para todos os trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem a melhoria de sua condição social, uma série de 24 direitos. Já no artigo 30 da mesma Constituição, aplica-se aos servidores ocupantes de cargo público, após terem sido aprovados em concurso público de provas ou de provas e títulos, na forma prevista por lei, os seguintes direitos, dispostos no artigo 7º:

I - Salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e as de sua família como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajuste periódico que lhe preservem para qualquer fim;

II - Garantia de salário nunca inferior ao mínimo para os que percebem remuneração variável;

III- Décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IV- Remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

VI- Salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº20, de 15/12/98)

VII- Duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva do trabalho;

VIII- Repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

IX- Remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal. (Vide Dec 5.452, art.59 parágrafo 1º, de 1º de maio de 1943)

X – Gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XI – Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;⁹

XII- Licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

XIII- Proteção do mercado de trabalho da mulher mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XIV- Redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

O processo de precarização do trabalho em saúde no âmbito da administração pública acontece na medida em que os direitos citados acima, destinados aos servidores públicos, não são garantidos em sua totalidade. O processo de precarização torna-se acirrado quando se trata dos servidores em regime de contratação especial¹⁰. Uma parcela considerável dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, em torno de 30% a 50%, não usufruem dos direitos aplicados aos servidores públicos (Nogueira, 2006). Esta limitação acontece em função da precarização dos vínculos de trabalho no âmbito de todo sistema de saúde nacional.

Os contratos por tempo determinado expressam uma tendência dominante entre as diversas transformações apontadas atualmente no universo do trabalho. São vínculos temporários, que na maioria dos casos representam uma instabilidade para o trabalhador, chegando até mesmo a representar déficit de proteção social.

As duas décadas do Sistema Único de Saúde foram caracterizadas por mudanças na Política Nacional de Saúde. O processo de precarização do SUS

⁹ O Senado Federal aprovou no dia 03/08/2010, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 64/07 da senadora Rosalba Ciarline (DEM-RN) que garante a ampliação da licença à gestante de 120 para 180n dias.

¹⁰ De acordo com o artigo 37, inciso IX, e lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. Essas contratações são regidas pelo regime de contratação especial, conforme estabelecido na Lei 8745 de 09 de dezembro de 1993.

acirrou-se a partir dos impactos financeiros das medidas propostas pelo governo e suas repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal. Tais repercussões engendraram um quadro onde a alternativa encontrada foi o elevado número de contratações de trabalhadores de saúde pela esfera municipal. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2007), na década de 1980, o total de empregos públicos de saúde era de 265.956, sendo que o setor público municipal representava 17,8% desse total. Duas décadas depois, os números subiram para mais de 1 milhão de empregos em saúde, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal.

Esta expansão do SUS através do processo de municipalização possibilitou o crescimento dos problemas relacionados a precarização dos vínculos de trabalho. Os municípios tornaram-se os principais responsáveis pelas contratações e gerenciamento dos serviços acirrando as parcerias com as organizações Não-Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). De acordo com Nogueira (2006), as contratações no setor público no âmbito municipal assumem um crescimento acelerado. Acrescenta ainda que as maiores despesas com o quadro de pessoal referem-se às contratações temporárias e aos processos de terceirização.

Embora os vínculos contratuais sejam um dos fatores determinantes da precarização do trabalho, destacam-se, também, o nível de remuneração, a jornada de trabalho, a oportunidade de qualificação, a oferta de benefícios concedidos e a possibilidade de participação dos trabalhadores em organização associativa das categorias (Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFMG). Tais determinantes assumem especificidades diferenciadas no setor público.

Essa é uma realidade preocupante na medida em que os empregos em saúde no setor público representam um número expressivo. Os indicadores de emprego em saúde do Ministério da Saúde (2007) revelam que no ano de 2005, cerca de 2.566. 594 trabalhadores brasileiros tem seus postos de ocupação na área da saúde. Deste número expressivo, mais da metade está alocada no setor público. Destaca-se ainda que a região sudeste é a região que mais emprega trabalhadores na área da saúde. Entretanto, a distribuição de trabalhadores entre empregador privado e empregador público é igual. Já a região norte, que engloba o menor

número de trabalhadores em saúde, tem a maior parte de seu número total (cerca de 81,3%) empregados na rede pública.

Tabela 3: Distribuição de empregos de saúde por entidade mantenedora: Brasil, 2005

Grandes regiões	Total	Proporção de empregos públicos	Proporção de empregos privados
Norte	166.939	81,3%	18,7%
Nordeste	635.449	67,7%	32,3%
Sudeste	1.199.637	50,0%	50,0%
Sul	370.709	45,5%	54,5%
Centro-Oeste	193.960	59,0%	41,0%
Brasil	2.566.694	56,4%	43,6%

FONTE: Indicadores de gestão do trabalho em saúde, Ministério da Saúde, 2007

O mesmo relatório do Ministério da Saúde, acima referenciado, disponibiliza alguns dados alusivos às profissões de saúde que ilustram o crescimento avançado do mercado de trabalho em saúde e a importância de se debater este mercado. As profissões de saúde de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde¹¹ somavam em 2005 um número total de 870.361 trabalhadores. Um dado que merece atenção, pois em dezembro de 2000 as profissões e ocupações de saúde, incluindo todos os profissionais de nível superior e técnico, somavam 930.189 vínculos formais de emprego. Cinco anos mais tarde o número de profissionais da saúde de nível superior aproxima do número total de trabalhadores

¹¹ De acordo com a Resolução 218 de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, as categorias profissionais de saúde de nível superior são: assistentes sociais, biólogos, biomedicina, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

da saúde há cinco anos atrás. Este dado reforça a tese do crescimento avançado do mercado de trabalho em saúde e revela também o crescente nível de escolaridade no âmbito do setor saúde.

Vejamos agora a situação dos indicativos dos vínculos de trabalho neste setor. Em 2000 já era alto o percentual de vínculos de trabalho não estatutário. É importante ressaltar que estes dados da tabela abaixo são referentes a pesquisa de assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE em 2005 e divulgada pelo Relatório de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. São os dados mais atuais relacionados ao emprego em saúde e que evidenciam tendências do trabalho na área da saúde.

Tabela 4: Distribuição de empregos públicos de saúde por vínculos de trabalho

Categorias profissionais de nível superior	Total	Vínculo próprio	Vínculo Intermediário	Outros vínculos
Anestesista	27.152	39,3	20,1	40,6
Assistente Social	15.337	87,5	7,5	5,1
Bioquímico/Farmacêutico	33.165	83,8	6,2	10,0
Cirurgião Geral	33.698	45,9	14,1	40,0
Enfermeiro	116.126	88,4	7,5	4,1
Engenheiro Clínico	583	80,8	9,6	9,6
Físico Médico	789	57,9	17,00	25,1
Fisioterapeuta	32.266	63,0	11,9	25,0
Fonoaudiólogo	10.111	62,8	11,3	25,9
Geriatra	1.879	48,1	12,3	39,6

Gineco-obstetra	60.729	51,8	12,2	35,9
Médico de saúde da família	30.469	83,8	11,3	4,9
Médico residente	16.714	61,0	14,9	24,0
Nutricionista	12.666	77,8	9,1	13,0
Odontólogo	71.386	79,1	7,4	13,5
Patologista	4.233	65,5	10,6	23,9
Pediatra	62.261	61,0	12,9	26,1
Psicólogo	20.091	71,9	8,9	19,2
Psiquiatra	10.153	68,3	10,4	21,3
Radiologista	16.456	53,1	14,2	32,7
Sanitarista	1.981	85,1	6,0	8,9
Outras especialidades médicas	169.581	49,9	12,0	38,2
Outros	28.634	59,7	9,7	30,6
Total	870.361	65,2	11,1	23,7

FONTE: Indicadores de gestão do trabalho em saúde, Ministério da Saúde, 2007.

Os vínculos próprios referem-se aos vínculos em que o contrato de trabalho é feito somente com o estabelecimento de saúde. Já os vínculos intermediários dizem respeito aos contratos de trabalho elaborados a partir de empresa, cooperativa ou outro tipo de entidade diferente do estabelecimento. Por fim, os demais vínculos representam os contratos estabelecidos através de prestador de serviço e autônomo.

Estes dados nos mostram o panorama do mercado de trabalho em saúde: o expressivo número de trabalhadores envolvidos e submetidos a vivenciar as

tendências mundiais de mudanças na esfera do trabalho, como faces de uma situação que se mostra tão complexa como nos demais setores da economia.

Refletindo criticamente sobre esse cenário é que este debate passou a fazer parte da agenda de atores sociais que têm a função de gerir os recursos humanos nesta área e daqueles comprometidos com a questão do trabalho em saúde. Em escala nacional, destaca-se a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – o DESPRECARIZA SUS. Tal programa foi criado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem como objetivo primordial a busca de soluções que permitam romper com a precarização crescente dos vínculos de trabalho nas esferas municipal, estadual e federal.

Num primeiro momento, para que se efetivasse o DESPRECARIZA SUS, foi necessário a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, por meio da Portaria nº2430/Gabinete do Ministro (GM), em dezembro de 2003. Este Comitê é o fórum de discussão no Ministério da Saúde, instituído para formular e propor políticas em prol da desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde.

Destaca-se ainda a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, instituída primeiramente pela Portaria Nº82/Gabinete do Ministro (GM), também em 2004, com as seguintes atribuições:

- I – Propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde;
- II – Assentir os mecanismos de regulação profissional da área de saúde;
- III- Interagir com o Poder Legislativo, por meio da Assessoria Parlamentar do Gabinete do Ministro da Saúde, munindo-a de subsídios para a execução do seu trabalho; e
- IV- Sugerir a alteração de leis e estimular iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações.

Dois anos mais tarde promulga-se a Portaria Nº 174, de janeiro de 2006, no intuito de tornar a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) um

instrumento mais eficaz para auxiliar a regulação do exercício profissional na área de saúde. Propõe uma revisão no texto da Portaria 827 que implementou tal órgão, e define como funções da CRTS:

- I – Debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área da saúde;
- II – Sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e
- III – Sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde.

Estas iniciativas destacam-se enquanto ações do Ministério da Saúde em prol da despreciação do trabalho em saúde. São medidas que fortalecem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, na medida em que entendemos a saúde com um direito de todos e dever do Estado, incluindo os sujeitos envolvidos na prestação da assistência à saúde.

No contexto internacional também destaca-se movimentos expressivos de trabalhadores que demarcam a luta por um trabalho na saúde mais digno. A Organização Mundial da Saúde apresenta um histórico de iniciativas no campo dos recursos humanos na última década que proporciona uma interação entre países que reforçam a necessidade de potencializar o debate sobre recursos humanos em saúde. Destacam-se a Resolução 2001 sobre recursos humanos em saúde Chamada de Toronto 2006-2015, que é uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo objetivo é refletir sobre uma década de Recursos Humanos em Saúde e a Resolução 2004 sobre os Observatórios de Recursos humanos em Saúde. A Chamada de Toronto representa uma estratégia para reunir vários atores sociais numa mobilização que contribua para a valorização, fortalecimento e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde no território das Américas. Desta forma, em 2005, na cidade de Toronto, aconteceu uma reunião regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, promovida pela Organização Panamericana de Saúde, pelo Ministério da Saúde do Canadá e o Ministério da Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário tendo como lema central a promoção dos recursos humanos em saúde.

Também como iniciativa da OMS temos a comemoração do Dia Mundial de Saúde, o “Trabalhando pela Saúde”, em 07 de abril de 2006, cujo tema central foi Recursos Humanos em Saúde, e a Semana Pan-americana de Saúde, no mesmo mês do referido ano. E por fim, a Década Pan-americana de Recursos Humanos em Saúde 2006-2015, conhecida como a Chamada de Toronto, “Uma década de Recursos Humanos em saúde para as Américas” (Dados da NESCON/UFMG, 2007).

Percebe-se que o tema sobre recursos humanos em saúde, nas agendas nacional e internacional, marcam o movimento da primeira década do século XXI, na tentativa de construir uma política de recursos humanos em saúde que atenda as demandas postas pelas novas tendências do novo mundo do trabalho em escala global em função das transformações recentes na produção capitalista em nível mundial.

No caso do Brasil, como os dados revelam, a maior parte dos recursos humanos em saúde são vinculados a rede nacional de saúde. Em 20 anos do Sistema Único de Saúde verificamos um processo contínuo de precarização do trabalho; fato que muito preocupa já que mais de 90% dos trabalhadores de saúde estão vinculados a rede. Desta forma, torna-se urgente um processo de regulação das relações de trabalho no SUS, para que as dificuldades de gestão e regulação da força de trabalho em saúde sejam superadas.

No Capítulo III, a seguir, busco analisar a temática da precarização do trabalho em saúde a partir de um levantamento do perfil dos trabalhadores de saúde do Hospital Universitário da UFJF.

CAPÍTULO III

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

As reflexões levantadas nos capítulos anteriores indicam que a categoria trabalho passou por significativas transformações ao longo da consolidação da atual fase do capitalismo. Todas essas transformações levaram a constituição de um novo mundo do trabalho, caracterizado pela heterogeneidade, complexidade, fragmentação (Antunes, 2005) e precarização. O trabalho em saúde não fica imune a tais mutações. Entretanto, apresenta especificidades com relação as mudanças vivenciadas de modo geral.

No intento de validar esta afirmativa e evidenciar suas particularidades, a partir de um levantamento com os trabalhadores de saúde contratados pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, apresentaremos neste capítulo as principais tendências de precarização do trabalho em saúde.

3.1. Caracterização da pesquisa e procedimentos metodológicos

A realização desta pesquisa tem por objetivo analisar a precarização do trabalho no âmbito da reestruturação produtiva e das reformas neoliberais no espaço público __ particularmente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) __ e seus reflexos sobre a força de trabalho em serviços de saúde. Para alcançar este objetivo, optamos por conhecer o perfil dos trabalhadores de saúde contratados pela Fundação do Hospital Universitário (FHU) assim como analisar a precarização do trabalho em saúde.

Destacam-se como objetivos específicos:

- Identificar e compreender as relações de trabalho e emprego no setor saúde;

- Analisar a relação entre a precarização do trabalho no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

O estudo em questão se insere na análise da relação entre o processo de reestruturação produtiva e as inovações na estrutura do Estado, mediatizadas pelos projetos econômicos, sociais e políticos. Parte-se do suposto de que o Estado necessita se adequar às novas exigências do capital e, para tanto, reformula sua estrutura. Nessa nova roupagem, as políticas públicas são afetadas e, conseqüentemente, a classe trabalhadora. É nessa direção que situa-se a discussão sobre a precarização do trabalho, e, nessa pesquisa em especial, a precarização do trabalho na saúde.

Esta pesquisa tem sua análise centrada na categoria da mediação, já que ela se traduz em um das categorias centrais do processo metodológico da obra marxiana. Ela permite viabilizar a dinâmica da totalidade concreta do fenômeno através de passagens e conexões. O movimento dialético se realiza através dos processos de mediações que garantam a percepção da processualidade que os fatos empíricos não sinalizam (BRAVO, 1996).

Caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo estudo de levantamento, desenvolvido em uma instituição hospitalar de saúde pública, pertencente a rede SUS. O estudo de levantamento é um estudo que descreve as características de uma população através de métodos aleatórios. É um estudo de diagnóstico que relaciona fenômenos e causas. Geralmente utiliza-se técnicas como questionários, entrevistas e técnicas estatísticas (Rizzine et al, 1999). Escolhemos o questionário e a entrevista como técnica para a coleta de dados. No que concerne a aplicação dos questionários, optou-se por este instrumento por ser uma técnica comumente utilizada em pesquisa desse tipo. Foi elaborado um questionário com 18 questões relacionadas à caracterização dos profissionais como faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, remuneração, número de instituições em que já atuou como trabalhador de saúde, tempo de atuação no HU/UFJF, participação em eventos de saúde, tipo de vínculo empregatício, perspectivas de capacitação (ANEXO I). Já a entrevista, escolhemos esta técnica por caracterizar-se por uma “comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala” (NETO, 1994: 57).

Os questionários foram aplicados na própria instituição, considerando a dificuldade de disponibilidade dos trabalhadores e especificidade do trabalho em saúde. Geralmente foram aproveitados horários de troca de plantão e horário de descanso desses trabalhadores. Todos os preceitos éticos foram respeitados, resguardando a identidade de cada trabalhador.

Foi também realizada entrevista com a Gerente de Recursos Humanos da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário e com os chefes de Departamento Pessoal do Hospital Regional Dr. João Penido e o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), para obter informações sobre o quadro de pessoal contratado dessas instituições hospitalares e traçar um comparativo com os dados referentes ao quadro de pessoal contratado do Hospital Universitário.

Na investigação empírica também foram utilizados como instrumentos a pesquisa documental e a observação sistemática. O primeiro instrumento caracterizou-se pela análise de documentos do serviço público como legislações, resoluções, decretos, regimentos. Já a observação sistemática, que trata do contato direto do observador (pesquisador) com o fenômeno estudado, objetivou compreender as reações e interações dos sujeitos da pesquisa. O processo de observação foi constante e diário, buscando captar as reações dos trabalhadores (como medo, insegurança, motivação, ansiedade) na rotina de trabalho. Foram anotados no diário de campo reações diversas que expressavam o posicionamento dos trabalhadores diante do processo de precarização do trabalho.

Os dados obtidos foram analisados a partir da “abordagem dialética, que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (MINAYO, 1994, p.13). Pretendeu-se realizar uma pesquisa a partir da associação metodológica das abordagens qualitativa e quantitativa. Para alcançar uma maior compreensão do fenômeno estudado, as informações foram apresentadas de modo descritivo e analisadas a luz do referencial teórico marxista, de acordo com a bibliografia apontada.

A pesquisa teve início em março de 2008 com a inserção no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e término no segundo semestre de 2010. Por acreditar que a teoria informa o significado dinâmico daquilo que ocorre e que buscamos captar no espaço de estudo (NETO, 1994), preliminarmente foi realizado

um levantamento bibliográfico sobre a discussão em torno das mudanças no mundo do trabalho, a partir do processo de reestruturação produtiva e da ofensiva neoliberal, especialmente no Brasil.

A revisão bibliográfica foi feita durante todo o processo de estudo: na elaboração do pré-projeto de pesquisa apresentado e aprovado no processo seletivo do Programa de Mestrado; na reelaboração do projeto de pesquisa para a qualificação e, por fim, na elaboração final da dissertação.

Em seguida, foram estabelecidas etapas de trabalho que se articulam entre si:

- 1) Análise do banco de dados da Fundação do Hospital Universitário (FHU) e da Seção de Pessoal do HU/CAS para conhecimento do universo a ser pesquisado;
- 2) Definição e estudo da metodologia de trabalho de campo (aplicação de questionários e entrevista);
- 3) Elaboração do questionário
- 4) Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Instituição- CEP- HU/UFJF instituído pela portaria nº 0/2008/HU de 01/09/2008, sendo aprovado de acordo com a apreciação da data de 25/10/2010;
- 5) Realização do pré-teste;
- 6) Observação, registro no diário de campo e aplicação dos questionários aos trabalhadores de saúde do HU/UFJF;
- 7) Registro e categorização dos dados;
- 8) Análise dos dados.

O questionário destinou-se aos trabalhadores de saúde do HU/CAS que são lotados nas duas unidades hospitalares que compõe o HU. Ao todo são 278 trabalhadores contratados pela FHU. Destes, 153 são trabalhadores que exercem funções específicas da saúde. Desta forma, a amostra correspondeu a 40% do universo a ser pesquisado, correspondendo a um total de 62 respondentes. Os critérios de exclusão para participar da pesquisa: ser trabalhador concursado e ser trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas como serviços gerais, segurança etc.

3.2 - Caracterização geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/CAS – UFJF: lócus de trabalho a ser pesquisado

O Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/CAS) é uma instituição pública vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora. Pioneiro em projetos das mais diversas áreas, faz parte da rede do Sistema Único de Saúde. Esta unidade hospitalar é uma instituição de saúde que se apresenta como centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do Estado do Rio de Janeiro.

O Hospital Universitário foi fundado em 08 de agosto de 1966 a partir de um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. A instituição iniciou suas atividades na Santa Casa de Misericórdia, funcionando junto aos serviços básicos daquela instituição filantrópica, atendendo, na época, à população abaixo da linha de pobreza. A partir desta data, o HU/UFJF foi instalado na área física do antigo sanatório Dr. Villaça, situado ao lado da Santa Casa de Misericórdia, onde os pacientes eram internados nas clínicas médicas, cirúrgica, ginecológica e pediátrica.

Em 1970, foi transferido para o bairro Santa Catarina, onde também funcionava a faculdade de Medicina, atendendo a doentes carentes e aos pacientes do Funrural e do INAMPS, em nível ambulatorial e hospitalar.

Duas décadas depois, com a com a implantação do Sistema Único de Saúde, de acordo de com Lei Orgânica de Saúde (conjunto das leis 8080 e 8142), em especial em seu artigo nº45, que dispõe sobre a integração dos hospitais de ensino das universidades federais à rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, o HU/UFJF insere-se na rede SUS. A partir daí passou a ser o Hospital Universitário de referência da Região, prestando assistência aos usuários do SUS, além de exercer sua função de ensino, corroborando assim o tripé ensino, pesquisa e extensão.

Com o aumento do volume de atendimentos, além de funcionar acoplado à Faculdade de Medicina, num espaço físico inadequado, e com a ampliação de diferentes áreas do conhecimento funcionando no interior do hospital, surge no início da década passada uma proposta da administração da universidade de construir um novo projeto arquitetônico e pedagógico para o Hospital Universitário denominado Centro de Atenção à Saúde –CAS, no bairro Dom Bosco.

A proposta do CAS enfatiza a atenção integral ao usuário, tendo como ponto de partida a inversão de um modelo de atenção, pertinente à nova conceituação de saúde, referendada na Constituição de 1988. A atenção à saúde deve atender o princípio da integralidade, ou seja:

A atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidade de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares (MERHY, 2003:197).

O novo projeto arquitetônico do Hospital Universitário vem se concretizando em etapas. Contempla três prédios com as seguintes finalidades: um prédio destinado ao atendimento ambulatorial; um prédio destinado a internação hospitalar; internação UTI adulto e neonatal e maternidade e um terceiro prédio onde será abrigado o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). Atualmente foi construído somente o primeiro prédio. Ao terminar a construção do primeiro bloco do CAS, foi acontecendo paulatinamente a ativação dos ambulatórios na nova unidade hospitalar HU/CAS. Os dois primeiros serviços transferidos para o CAS foram o Serviço de Nefrologia ao Paciente com Insuficiência Renal (hemodiálise e diálise), em 28 de fevereiro de 2007 e o Serviço de Fisioterapia, em 05 de março de 2007

Três meses depois acontece a mudança de toda a estrutura ambulatorial do HU para o CAS (clínicas, consultórios, central de diagnóstico, farmácia, leitos para internação-dia e salas de aula).

Desta forma, inicia-se em 2007 o trabalho do HU/CAS (Unidade Dom Bosco). Atualmente, permanece no HU/UFJF (Unidade Santa Catarina), as cirurgias e tratamentos que demandam internamentos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no Serviço de Transplante de Medula Óssea. A perspectiva é que em 2013 sejam inaugurados os outros dois módulos que compõem o projeto arquitetônico do CAS. Já foram iniciadas no início de 2011 as obras de construção para o novo módulo do HU/CAS- UFJF.

O Hospital Universitário da UFJF conta atualmente com uma capacidade instalada que se traduz nos serviços, na estrutura organizada e setores das duas

unidades hospitalares que compõe o HU/UFJF: Unidade Dom Bosco (CAS) e Unidade Santa Catarina.

Os serviços prestados ao SUS são:

- Anatomia Patológica
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia
- Cirurgia Abdominal
- Cirurgia Cabeça e pescoço
- Cirurgia do Tórax
- Cirurgia Maxilofacial
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Clínica Médica
- Controle de Infecção Hospitalar
- Dermatologia
- Doenças Infecto-Parasitária
- Endocrinologia
- Endoscopia
- Enfermagem
- Epidemiologia
- Fisioterapia
- Gastroenterologia
- Geriatria e Gerontologia
- Ginecologia
- Hematologia e Transplante de Medula Óssea
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Nutrição e Dietética
- Oftalmologia

- Oncologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Proctologia
- Psiquiatria/Psicologia Médica
- Reumatologia
- Serviço Social
- Urologia

Os setores de apoio são:

- Ambulatórios de especialidades
- Centro de Material especializado
- Centro Cirúrgico
- Cirurgia
- Clínica (Masculina e Feminina)
- Farmácia
- Ginecologia
- Hospital- Dia
- Imagenologia
- Laboratório Central
- Pediatria
- SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
- Unidade de Tratamento Intensivo
- Unidade de Tratamento Intermediário

Tabela 5: Número de leitos/ enfermaria no HU/CAS-UFJF

Unidade	Setor	Leitos
Unidade Sta. Catarina	Enfermarias (adulto masculina e feminina; pediátrica)	140 leitos
Unidade Sta. Catarina	Unidade de Terapia Intensiva (adulto)	06 leitos
Unidade Sta. Catarina	Recuperação Pós-Anestésica	05 leitos
Unidade Dom Bosco	Unidade de Endoscopia	06 leitos
Unidade Dom Bosco	Recuperação Pós-Anestésica	09 leitos
Unidade Dom Bosco	Hospital Dia (adulto masculino e feminino e pediatria)	05 leitos
TOTAL	Conjunto do complexo HU/CAS	171 leitos

O HU conta ainda com seis centros de referência especializados no tratamento e diagnósticos de determinadas doenças:

- CADIM – Centro de Atendimento a Doenças Neurológicas Imunomediadas (responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas relacionadas a distúrbios imunológicos, tais como: Esclerose Múltipla, Neuromielite Óptica, Leucodistrofias, Encefalomielite disseminada aguda, casos de Mielites (inflamações da medula) e de Neurite Óptica (inflamação do nervo óptico).
- Centro de Diagnósticos e Análises Clínicas (realiza exames de alta complexidade, como ressonância magnética, tomografia

computadorizada, endoscopia e aqueles que utilizam métodos gráficos na cardiologia, neurologia, pneumologia, oftalmologia e otorrinolaringologia).

- Centro de Reabilitação da Hanseníase da Zona da Mata Mineira (é destinado ao atendimento aos usuários em controle de hanseníase).
- Centro de Referência em Hepatologia (responsável pelo diagnóstico e tratamento de diversos tipos de hepatite).
- Centro de Transplante de Medula Óssea (responsável pelo tratamento aos pacientes que necessitam de acompanhamento em hematologia).
- Centro de Tratamento de Fibrose Cística (responsável pelo diagnóstico e tratamento aos pacientes portadores de fibrose cística).

Em síntese, o HU-CAS/UFJF contribui para a formação de recursos humanos em saúde, presta assistência de referência na área da saúde à comunidade local e toda região da Zona da Mata, favorecendo a expansão da pesquisa e extensão no âmbito da UFJF. Vale ressaltar, entretanto, que antes de ser escola, ele é uma instituição hospitalar. Portanto, seu principal objetivo é a assistência à saúde.

Historicamente, principalmente antes de 1992, o modelo de HUs foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculos nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Por isso, eram tratados, tanto pelo Ministério da Saúde (MS) como pelos gestores do SUS como hospitais não estratégicos na rede de atendimento. A partir da implementação da Constituição de 1988, com a conseqüente normatização do SUS, que garantia não só o atendimento a todos os brasileiros, mas também as noções de integralidade e equidade do tratamento, começou a haver um movimento de colocar para os HUs o papel de referência de atendimento complexo (TORO, 2005: 55-56).

Ao analisar a realidade do HU-CAS/ UFJF, percebemos que existem alguns obstáculos para que se desenvolva de fato um trabalho com resolutividade em excelência. Vivenciamos na realidade cotidiana desta unidade hospitalar reflexos de limites estruturais, inerentes à sociedade capitalista. Atualmente as conseqüências do projeto neoliberal, caracterizadas pela diminuição de responsabilidade do Estado no que se refere ao trato das políticas públicas (cada vez mais focalizadas, precarizadas e minimalistas), afetam cada vez mais o setor saúde. Ainda há uma ausência de uniformidade na aplicabilidade do SUS. O recurso financeiro disponibilizado em nível federal ainda é insuficiente para atender a demanda atual de assistência a saúde no país. Além disso, os profissionais de saúde recebem um salário aquém de suas necessidades; são subremunerados. Essa subremuneração, juntamente com a escassez de recursos, afeta o avanço da política pública de saúde nacional. Torna-se um desafio, diante deste contexto, efetivar os princípios norteadores do SUS. E a realidade do HU/CAS- UFJF não é diferente dos demais hospitais públicos que pertencem ao sistema único de saúde brasileiro.

Entretanto, a instituição oferece possibilidades de trabalho que garantem uma assistência eficaz e integral: a possibilidade de trabalhar com a prevenção, promoção e educação em saúde; oportunidade de desenvolver uma política de humanização do trabalho através do acolhimento, responsabilização e vínculo e o incentivo à autonomia do usuário, através de seu reconhecimento como sujeito de seu processo de recuperação e cura.

Estrutura Ocupacional

Trabalham no hospital 743 funcionários, e destes, 465 são estatutários. É expressivo o número de trabalhadores que compõe a estrutura ocupacional da instituição e que são contratados por firmas terceirizadas, (37,5%). Atualmente, o HU/CAS-UFJF conta com a participação de três firmas terceiras: a Terceiriza (que compreende basicamente o pessoal da limpeza), a Minas Service (que compreende o pessoal da vigilância e porteiros) e a Fundação do Hospital Universitário (que contrata ocupantes que atuam em atividades fins).

Do número total de trabalhadores contratados no HU/CAS (278 funcionários), mais de 50% são profissionais que desenvolvem atividades específicas da saúde (153 funcionários). O conjunto de trabalhadores de saúde envolvidos no cotidiano de trabalho do hospital pode ser verificado na tabela abaixo:

Tabela 6: Distribuição dos trabalhadores segundo categoria de trabalho em saúde e tipo de vínculo empregatício – HU/CAS-UFJF

Categoria/Ocupações de saúde	Nº Estatutário	Nº Contratado
Auxiliar de farmácia	0	08
Auxiliar de laboratório	02	04
Assistente Social	07	01
Auxiliar de enfermagem	78	06
Enfermeira	47	13
Farmacêutico	11	04
Fisioterapia	03	01
Médico	50	27
Nutricionista	02	01
Psicólogo	05	01
Téc. Anatomia e necrópsia	02	0
Técnico enfermagem	121	78
Técnico laboratório	22	04
Técnico nutrição	01	0
Técnico radiologia	11	05
Terapeuta ocupacional	01	0
TOTAL	362	153

Fonte: Seção de Pessoal HU/CAS- UFJF e FHU, 2010.

Observando a Tabela 6 percebe-se que em algumas categorias profissionais, o número de trabalhadores contratados supera em mais de 50% o número de trabalhadores concursados, como as categorias de médico e técnico de

enfermagem. Em outras situações o número de trabalhadores contratados chega a ser superior ao número de trabalhadores concursados, como na situação dos auxiliares de farmácia e laboratório.

3.3- Caracterização dos trabalhadores contratados do HU: os sujeitos da pesquisa

Para esta pesquisa foram utilizados indicadores para caracterizar a população estudada. Dividimos estes indicadores a partir de três eixos:

1º) Eixo: Caracterização da população estudada: utilizamos os seguintes indicadores: faixa etária, estado civil, gênero, número de filhos;

2º) Eixo: Caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis às tendências da precarização do trabalho: vínculo empregatício, jornada de trabalho, remuneração, tempo de trabalho na instituição, existência de outro emprego, participação em organizações associativas;

3º) Eixo: Caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis a precarização dos recursos humanos em saúde no âmbito da rede SUS: participação em eventos de saúde, participação e acompanhamento em torno das discussões de políticas públicas de saúde e a participação em cursos de aperfeiçoamento;

Foram entrevistados 62 profissionais de saúde¹² nas unidades hospitalares de Dom Bosco e de Santa Catarina, correspondente a 40% dos profissionais de saúde contratados através da FHU distribuídos da seguinte forma:

¹² Participaram da pesquisa 62 trabalhadores escolhidos aleatoriamente. Nas profissões de Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo foram selecionados apenas um profissional, uma vez que o HU/UFJF conta apenas com um trabalhador contratado nestas categorias citadas. O mesmo aconteceu com os trabalhadores de saúde que ocupam cargo de auxiliar de enfermagem e auxiliar de laboratório.

Tabela 7: Trabalhadores entrevistados no HU/CAS- UFJF

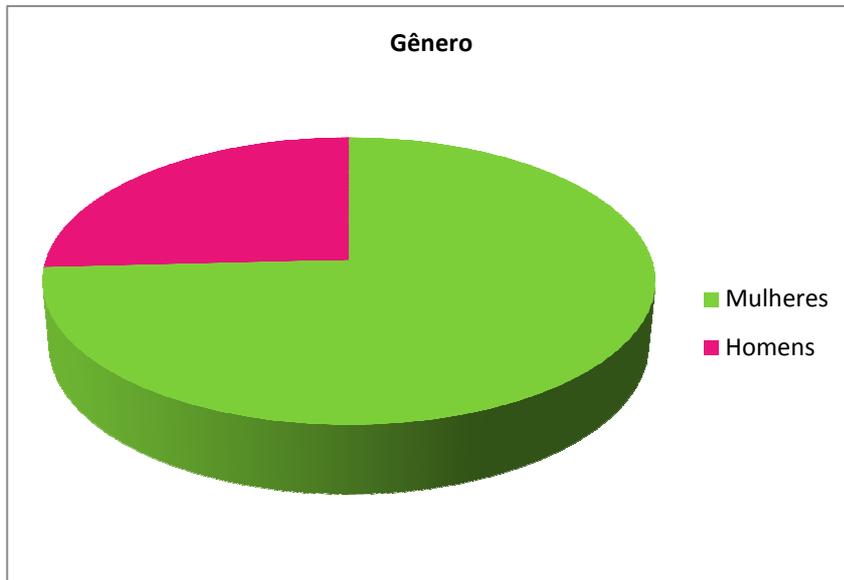
Trabalhadores	Número
Assistente Social	01
Auxiliar de enfermagem	01
Auxiliar de farmácia	04
Auxiliar de laboratório	01
Enfermeira	05
Farmacêutico	02
Fisioterapia	01
Médico	06
Nutricionista	01
Psicóloga	01
Técnico de enfermagem	31
Técnico de laboratório	02
Técnico em radiologia	06
TOTAL	62

Iniciamos nossa análise a partir da apresentação dos três eixos de indicadores.

1º) EIXO: caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa.

Com relação a distribuição dos trabalhadores por gênero, verifica-se a predominância do sexo feminino (74,2 %) sobre o sexo masculino (25,8), como mostra o Gráfico 1.

Gáfico 1: Distribuição dos trabalhadores por gênero



Esse dado expressa uma das tendências apontadas por Antunes (1999) em relação as mudanças contemporâneas no mundo do trabalho: a tendência a divisão sexual do trabalho, caracterizada por uma expansão do trabalho feminino. Entretanto, esta expansão acontece aliada à desigualdade salarial, desigualdade de direitos e de condições de trabalho em relação aos homens.

Ainda em relação a esta tendência, destaca-se a questão da dupla jornada de trabalho, isto é, a mulher trabalhadora que, em geral, realiza trabalho dentro e fora de casa, ou, nas palavras do mesmo autor, “dentro e fora da fábrica” (Antunes, 1999:108), ou seja, o trabalho voltado também para a esfera da reprodução pessoal e familiar.

Desta forma, conclui-se, juntamente com Antunes (1999), que ao mesmo tempo que o modo de produção capitalista cria condições para a emancipação da mulher, ele também proporciona uma precarização da inserção no mercado de trabalho. Ou seja, o problema consiste na forma como o capital se apropria dessa inserção feminina no mundo do trabalho.

Em relação a idade dos 62 trabalhadores que participaram da pesquisa (Tabela 4), a faixa etária predominante está entre 18 e 30 anos, sendo o de menor idade 18 anos e o de maior idade 55 anos.

Percebemos que a maior parte representa uma força de trabalho jovem. Diante do heterogêneo, complexo e fragmentado mundo do trabalho contemporâneo, verifica-se uma classe trabalhadora constantemente dividida. No caso do HU, verificamos uma divisão entre estatutários e celetistas; jovens e velhos; homens e mulheres.

Tabela 8: Distribuição etária dos trabalhadores contratados do HU/CAS

Idade (em anos)	Frequência	%
18 -30	32	51,6
30 - 39	16	25,8
40- 49	10	16,2
50 - 59	4	6,4
>60	—	
Total	62	100

Com relação ao estado civil dos respondentes, a maioria dos profissionais de saúde contratados pelo HU/UFJF é solteira (58,2 %); 33,8% são casados e 6,4% são divorciados. Apenas um trabalhador é viúvo.

➤ **2º EIXO: caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis às tendências da precarização do trabalho**

Passaremos agora à análise do segundo eixo de indicadores: categorias que podem ser favoráveis a precarização do trabalho.

Ao avaliar o tempo de trabalho no HU/UFJF (Tabela 6), indicado pelos 62 trabalhadores, tem-se que 90,4% possuem menos de 3 anos de trabalho na instituição hospitalar. O maior tempo de trabalho, refere-se ao período de 7 anos e o

menor tempo de trabalho ao período de 2 meses. A predominância do curto tempo de trabalho na instituição está relacionada ao processo de terceirização no âmbito do serviço público e, especialmente, aos contratos temporários e a alta rotatividade nas contratações. Vale destacar também que mesmo aqueles com maior tempo de trabalho (7 anos) podem indicar para o processo de terceirização, já que podem se qualificar como “temporários permanentes”. Ou seja, muda o intermediador da mão de obra, ou muda o contrato, mas não muda o trabalhador.

Este indicador é importante e expressa o traço de precarização e de irregularidade desses vínculos de trabalho no HU/UFJF pois contradiz os preceitos constitucionais e as legislações vigentes. No caso do HU/UFJF, por se tratar de uma instituição pública federal, além das normatizações da Constituição Federal sobre as contratações temporárias, temos a Lei 8745 de 9 de dezembro de 1993, que trata das contratações temporárias no serviço público federal. Diante das dificuldades e desafios em operacionalizar o SUS a partir de seus princípios norteadores, em agosto de 2010 a Lei 12314 é promulgada, promovendo uma nova redação na Lei 8745. Sendo assim, fica estabelecido no seu Artigo 2º, incisos II a permissão de contratações em caso de necessidade temporária de excepcional interesse público no caso de assistência e emergência em saúde pública.

Entretanto, no artigo 4º da mesma lei ficou estabelecido que as contratações serão feitas por tempo determinado e improrrogável, observando determinados prazos máximos. No caso das contratações em saúde, o prazo máximo será de seis meses. No HU, conforme evidenciado na Tabela 6, a maioria dos trabalhadores entrevistados trabalha na instituição num período de até 36 meses.

Tabela 9: Tempo de atuação na instituição

Tempo de atuação	Frequência	%
Até 3 anos	56	90,4
De 4 a 6 anos	5	8,0
De 7 a 9 anos	1	1,6
Acima de 10 anos	—	
Total	62	100

Nível de escolaridade

Sobre o nível de escolaridade relatado pelos trabalhadores (Tabela 7), a maior parte possui nível técnico (64,5%). Em seguida, temos os trabalhadores que possuem curso superior com especialização (19,4%). Apenas dois trabalhadores possuem mestrado e nenhum trabalhador possui doutorado.

Tabela 10: Nível de escolaridade dos trabalhadores contratados do HU/CAS

Nível de escolaridade	Frequência	%
Ensino Fundamental	—	—
Ensino Médio	3	4,8
Curso Técnico	40	64,5
Curso Superior	5	8,0
Curso superior com especialização	12	19,4
Mestrado	2	3,3
Doutorado	—	—
Total	62	100

O fator escolaridade muito representa ao se estudar a precarização do trabalho. Sabe-se que uma das tendências atuais do novo mundo do trabalho é divisão dos trabalhadores entre qualificados e não qualificados. Alguns setores proporcionam uma intelectualização dos trabalhadores, enquanto outros setores vivenciam uma desqualificação dos mesmos.

Na saúde, este fenômeno também é verificado, pois existem setores onde a qualificação consiste numa exigência prioritária, enquanto outros ramos ficam destinados ao conhecimento mediano, necessário apenas para o cumprimento de atribuições básicas. Destaca-se neste caso a situação dos enfermeiros, onde encontramos a divisão entre auxiliares de enfermagem, técnico de enfermagem e

enfermeiro. Esses três níveis de conhecimento atuam no mesmo setor na saúde. Entretanto, verificamos que o técnico de enfermagem é o que predomina, como foi o caso dos trabalhadores entrevistados nessa pesquisa. É importante destacar também que todos os técnicos entrevistados almejam uma ascensão na carreira.

Regime de trabalho

Este indicador é o que mais se destaca para o estudo em questão. Dos 62 trabalhadores entrevistados, todos são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Entretanto, são trabalhadores contratados por prazo determinado. O fato de terem seus direitos e deveres regidos pela CLT não os isenta do traço de precariedade de emprego que esta situação representa. Devemos refletir sobre o significado deste fenômeno de contratação no HU, uma instituição pública de saúde, inserida na rede SUS.

Novamente nos remetemos a Lei 8745, sobre contratações por tempo determinado no serviço público federal. No HU/UFJF há um predomínio de trabalhadores regidos pela CLT, sem contrato por tempo determinado. Na lei que respalda as contratações por tempo determinado de trabalho nos serviços públicos, em seu artigo 4º deixa claro que os as contratações terão prazos máximos estabelecidos. No caso da saúde, prazo máximo de seis meses. Verificamos nesta situação um traço de irregularidade, uma vez que tais contratações extrapolam os prazos estabelecidos nas legislações específicas.

Tabela 11: Vínculo de trabalho

Vínculo	Frequência	%
Celetista	49	79,0
Contrato temporário	13	21,0
TOTAL	62	100

Jornada de trabalho

A partir da tabela abaixo, constata-se que a maioria dos profissionais possui carga horária de 44 horas semanais (66,1%), seguida da carga horária de 20 horas semanais (9,7%). Há um número reduzido de trabalhadores atuando 12 ou 48 horas semanais. Analisando os dados agrupados na Tabela 9, verifica-se que 17,7% têm jornada de trabalho abaixo de 30 horas semanais, podendo-se inferir que necessitam recorrer ao duplo ou pluriemprego para complementação da renda – um dos vários indicadores da precariedade do trabalho na sociedade contemporânea.

Tabela 12: Carga horária

Carga horária Semanal	Frequência	%
8 horas semanais	—	—
12 horas semanais	1	1,6
20 horas semanais	6	9,7
24 horas semanais	4	6,4
30 horas semanais	3	4,9
36 horas semanais	2	3,3
40 horas semanais	4	6,4
44 horas semanais	41	66,1
48 horas semanais	1	1,6
Total	62	100

Faixa salarial

No quesito faixa salarial, como nos mostra a Tabela 10, grande parte dos trabalhadores possuem uma remuneração relativamente baixa, pois 67,8% recebem de 1 a 2 salários mínimos. Em seguida, 24,2% dos trabalhadores recebem entre 3 a 5 salários. Apenas um trabalhador recebe de 5 a 6 salários mínimos. E um número extremamente reduzido (3,2%) recebe acima de 15 salários.

Tabela 13: Faixa Salarial

Faixa salarial	Frequência	%
1 a 2 salários mínimos	42	67,8
2 a 3 salários mínimos	2	3,2
3 a 5 salários mínimos	15	24,2
5 a 6 salários mínimos	1	1,6
6 a 8 salários mínimos	—	—
9 a 11 salários mínimos	—	—
12 a 14 salários mínimos	—	—
Acima de 15 salários mínimos	2	3,2
Total	62	100

Quantidade de instituições em que atuaram

Em relação ao número de instituições em que estes trabalhadores de saúde atuaram, verifica-se que grande parte dos respondentes (40,4%) atuou em apenas uma instituição de saúde, ou seja, apenas o HU/UFJF. Este dado não indica uma certa estabilidade, pois grande parte destes trabalhadores estão passando pela experiência do primeiro emprego ou então foram recentemente contratados pela instituição.

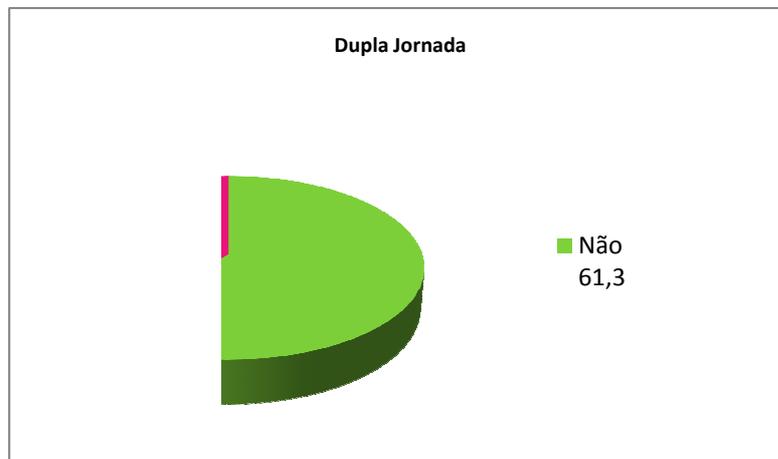
Destaca-se também o número expressivo de trabalhadores que já atuaram em duas instituições (30,7%). Logo abaixo, tem-se os trabalhadores que já atuaram em três instituições e 4 instituições (14,5% e 6,4%, respectivamente). Um número reduzido de trabalhadores já atuaram acima de 7 instituições (3,2%). Apresentam o mesmo índice os trabalhadores que já atuaram em 5 e 6 instituições: 1,6%.

Tabela 14: Distribuição dos trabalhadores entrevistados de acordo com a quantidade de instituições em que atuaram

Quantidade de instituição	Frequência	%
1	25	40,4
2	19	30,7
3	9	14,5
4	4	6,4
5	1	1,6
6	1	1,6
7	1	1,6
Acima de 7	2	3,2
TOTAL	62	100

Duplo Emprego

Um número expressivo de trabalhadores possui duplo vínculo empregatício (38,7%), como demonstra o gráfico abaixo. Este fator pode ser explicado pela baixa remuneração, falta ou insuficiência de incentivos e benefícios que faz com que o trabalhador procure outro emprego para complementar a renda mensal. Não é nosso objetivo, com essa pesquisa, analisar as repercussões da precarização do trabalho no processo de trabalho em saúde. Por tratar-se de um assunto complexo, este representaria um outro objeto de estudo. Como foi discutido no capítulo 1, a precarização do trabalho engloba várias dimensões. Neste estudo nos detemos na precarização do trabalho relacionada a questão do emprego. Entretanto, não podemos deixar de mencionar que a baixa remuneração, a falta de benefícios entre outros fatores, desencadeiam um processo de desmotivação do trabalhador que acaba tendo como consequência um processo de trabalho comprometido. É praticamente um processo de reação em cadeia: uma precarização do trabalho, que rebate na qualidade do trabalho prestado e, conseqüentemente, reflete também na saúde do trabalhador e na qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Gráfico 2: Trabalhadores com dupla jornada de trabalho**Participação nos****espaços democráticos**

Com relação a participação dos trabalhadores nos espaços democráticos, a maioria não é sindicalizada (79,1%), conforme evidencia o Gráfico 3, e nem participa de reuniões sindicais, fóruns e encontros de categorias. Este indicador resgata a reflexão de Antunes (2005) sobre a fragilidade da consciência de classe dos trabalhadores na atualidade. Como também já foi discutido no capítulo anterior, a necessidade de uma luta política dos trabalhadores torna-se ameaçada na medida em que o sindicalismo sofre uma crise de identidade diante destas novas tendências do mundo do trabalho no contexto do capitalismo financeiro. Destaca-se a predominância do sindicalismo por participação, onde os trabalhadores assumem uma postura defensiva, sem questionamentos do modo de produção vigente.

Gráfico 3: Participação nos espaços democráticos

Participação dos trabalhadores nos conselhos de política e de direitos

No que tange a participação dos trabalhadores nos Conselhos de Política e de Direitos, uma minoria significativa participa desses Conselhos; cerca de 8,06%, como podemos visualizar no gráfico abaixo. Esta participação – além de seu significado cívico e democrático – mostra -se essencial para o acompanhamento das mudanças nos rumos da Política Nacional de Saúde. O fato da grande maioria (91,94%) não participar dos Conselhos de Direito e de Políticas, nos leva a refletir como os canais de participação popular não são potencializados enquanto instrumentos que auxiliam a traçar o rumo das políticas públicas no Brasil. Instrumentos cada vez mais necessários, uma vez que presenciamos um cenário de políticas públicas crescentemente fragmentadas, seletivas e pontuais.

Gráfico 4: Participação em Conselho de Política e de Direito

Acreditamos que o mais interessante da análise dos indicadores apresentados até agora é a articulação presente entre eles. Ao se analisar a baixa participação dos trabalhadores de saúde nesses canais de participação popular, verifica-se que os motivos são os mais diversos. Vão desde a falta de tempo, por ter mais de um trabalho, até a falta de motivação, diante de um quadro de despolitização da vida em sociedade e de precarização do trabalho.

3º EIXO: Caracterização da população estudada a partir de categorias favoráveis a precarização dos recursos humanos em saúde no âmbito da rede SUS.

Finalizamos a apresentação dos indicadores com a exposição deste último eixo, relacionado às categorias favoráveis à precarização dos recursos humanos em saúde no âmbito da rede do Sistema Único de Saúde.

Dos 62 respondentes apenas 19 trabalhadores participam de eventos de saúde como seminários, palestras, encontros, congressos; ou seja, mais de dois terços não participa destes eventos direcionados ao público de trabalhadores em saúde. É um dado preocupante pois a participação nestes se faz necessária na medida que contribui para o aprimoramento profissional dos trabalhadores de saúde. São nesses espaços que muitas vezes são discutidas questões relevantes no âmbito da saúde pública e se pautam novos rumos para a política nacional de saúde.

Com relação a participação e acompanhamento das discussões da política pública de saúde, os indicadores já são um pouco mais favoráveis, sendo acompanhadas por 44% dos entrevistados.

E por fim, no que diz respeito a participação em cursos de aperfeiçoamento, a grande maioria diz não participar: cerca de 74% dos trabalhadores responderam que não participam de um processo de formação continuada contra apenas 24% dos trabalhadores que afirmaram participar continuamente de cursos de capacitação.

Este indicador de qualificação profissional, paralelo ao indicador apresentado anteriormente sobre o nível de escolaridade (Tabela 7), resgatam a análise sobre uma forte tendência do atual mundo do trabalho. Como já dissemos, os indicadores aqui apresentados se articulam, e, portanto, não devem ser analisados isoladamente. Concordamos com o raciocínio de Antunes (2005), sobre a fragmentação, heteroginização e complexificação da classe trabalhadora. Neste contexto, esta pode ser dividida em dois pólos, onde, num pólo, estariam os trabalhadores mais qualificados, e, no outro estariam os trabalhadores desqualificados submetidos ao trabalho precarizado, ao emprego temporário e, em última escala, até mesmo enfrentando o desemprego estrutural.

Ainda neste item, retomamos a leitura da Tabela 7, sobre o nível de escolaridade, onde destaca-se o número expressivo de trabalhadores com curso técnico, 64,5%. Todos os trabalhadores entrevistados, que ainda não possuem nível superior, almejam fazê-lo. Ainda alimentam o sonho de melhor qualificação profissional, acompanhado de um emprego melhor, com remuneração melhor e assim sucessivamente.

3.4- Tendências do mercado de trabalho em saúde: realidade do HU/UFJF

Este estudo teve como objetivo primordial analisar a precarização do trabalho. Ou seja, adotamos a precarização do trabalho na saúde como espinha dorsal desta pesquisa, uma vez que entendemos que a precarização é um fenômeno complexo, que envolve várias dimensões: o processo de trabalho, as condições de trabalho, a gestão da força de trabalho, entre outros. Optamos por fazer este recorte pelo fato de o HU/UFJF representar um espaço privilegiado para este estudo com um número expressivo de trabalhadores de saúde contratados, sendo uma instituição pública federal, inserida na rede SUS. Entretanto, não nos deteremos em verificar como essa precarização se reflete no processo de trabalho em saúde, embora alguns elementos de análise apresentados neste estudo já sugiram implicações que tem com esta dimensão. Ainda que tenhamos optado por refletir apenas sobre a precarização do trabalho, reforçamos que este estudo não tem a pretensão de ser definitivo.

Pensar a precarização do trabalho na saúde, torna-se estimulante, pois a política de saúde nacional é constantemente afetada pelo receituário neoliberal. Estamos apresentando neste trabalho um estudo sobre uma instituição específica, o HU/CAS- UFJF, mas que nos revela uma tendência atual do emprego em saúde no país, já que partimos do pressuposto de que não podemos analisar uma situação singular desconectada da totalidade.

Cada processo está marcado pela totalidade. Mas é preciso encontrar os liames que vinculam e relacionam totalidade e particularidades. Assim, a questão central deste estudo consiste em compreender como na particularidade de um serviço público de saúde e na singularidade de cada profissional de saúde, se expressa o processo de precarização das relações de trabalho, passando pelas mediações das questões institucionais, políticas e econômicas.

O HU/UFJF representa um braço da saúde pública em Juiz de Fora. Uma cidade com aproximadamente 517.872 habitantes, apresenta neste momento um cenário desfavorável ao desenvolvimento com qualidade da saúde pública. De acordo com os dados do IBGE (2009), a cidade apresenta cerca de 337 estabelecimentos de saúde, incluindo estabelecimentos públicos e privados. Dentre

estes, 102 são públicos (6 estabelecimentos são federais, 3 estaduais e 93 municipais) e 235 são privados.

Gráfico 5: Número de estabelecimento de saúde em JF



Fonte: IBGE, 2009

Nos últimos cinco anos o setor saúde apresentou um crescimento dos estabelecimentos privados na cidade. De acordo com os dados do IBGE, em 2005, eram 182 estabelecimentos de saúde privados. Em 2009, este número subiu para 235 estabelecimentos. Estes indicadores nos mostram uma fotografia da saúde em Juiz de Fora: a assistência à saúde em Juiz de Fora é predominantemente particular – tendência à privatização da saúde representando uma ausência do Estado. Resgatamos aqui a análise desenvolvida no capítulo 1 sobre a nova forma de atuação do Estado neoliberal no Brasil, onde prioriza-se a descentralização da atividade social do Estado. Isto significa que os serviços sociais que antes eram oferecidos pelo Estado em sua universalidade, hoje são oferecidos reduzidamente. Destacam-se os fenômenos de mercantilização dos serviços sociais, onde serviços antes oferecidos exclusivamente pelo Estado passam a ser oferecidos pelo mercado. Incluem-se também as políticas de previdência social, de educação e de saúde.

Este dado nos faz pensar na situação dos recursos humanos em saúde. Percebe-se que há um número expressivo de trabalhadores que estão vinculados a

rede privada de saúde em Juiz de Fora e também possuem algum vínculo com o serviço público, por meio das contratações. Como já foi sinalizado no Gráfico 2, cerca de 38,7% dos trabalhadores contratados possuem outro vínculo empregatício.

Ainda revelando o panorama de saúde em Juiz de Fora, temos um quantitativo de três grandes hospitais públicos: o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), o Hospital Regional Dr. João Penido e o Hospital Universitário de Juiz de Fora, sendo respectivamente, instituições de âmbito municipal, estadual e federal. O processo de contratação em massa é também uma realidade dos hospitais municipal e estadual da cidade. Em entrevista com o chefe de Departamento Pessoal do HPS e do Hospital Dr. João Penido, tivemos acesso a indicadores semelhantes aos do HU/UFJF. Os dois hospitais apresentam um número expressivo da força de trabalho específica de saúde contratada. No caso do Hospital Dr. João Penido, o número de trabalhadores contratados representa quase 50% do número total de trabalhadores¹³. Em comparação com o HU/UFJF, a força de trabalho contratada representa aproximadamente 35% do número total de trabalhadores. Um outro denominador comum entre essas três instituições é que o maior número de contratados refere-se à categoria de técnico de enfermagem.

Tabela 15: Distribuição de trabalhadores contratados nos hospitais públicos JF

Hospital Público JF	Trabalhadores contratados	Trabalhadores estatutários
HU/CAS-UFJF	278	465
João Penido	429	532
TOTAL	707	997

Fonte: Departamento Pessoal do Hospital Regional Dr. João Penido e do HU/UFJF, 2010.

¹³ Até o fechamento desta pesquisa ainda não havia sido disponibilizado o número exato de trabalhadores contratados do Hospital Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS).

De acordo com os dados da Tabela 15, cerca de aproximadamente mil trabalhadores em Juiz de Fora estão submetidos ao processo de precarização do trabalho no serviço público na área da saúde no nível terciário. Este número não pode ser ignorado. Não se trata neste estudo de tecer uma crítica às contratações em si; a análise é sobre o que estas contratações representam. Sabemos que são trabalhadores regidos pela CLT, que terão seus direitos resguardados, como férias, licença maternidade, entre outros. Mas o fato de terem carteira assinada e trabalharem no âmbito da rede SUS, não garantem a estes trabalhadores de saúde estabilidade, uma vez que eles poderão ser dispensados sumariamente. Estes trabalhadores não desfrutarão da estabilidade do emprego garantida ao servidor público.

Artigo 41- São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público. (Constituição Federal de 1988).

Na realidade este fenômeno representa uma atuação do Estado cada vez menor no âmbito das políticas públicas. O fio condutor de todo esse processo teve início na década de 1990, com a Reforma Administrativa do Estado. Como já apresentamos no Capítulo 1, a estrutura do Estado passou por uma série de reformas estruturais, entre elas a Reforma Administrativa, gerenciada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Entre as grandes mudanças propostas por este Ministério, para este nosso estudo, destaca-se a divisão do Estado em núcleos estratégicos. É nessa modificação da estrutura do Estado brasileiro que nossa análise se insere, pois este movimento de reforma questionava entre outros fatores o modelo estatutário vigente. Defendia-se a vigência do modelo estatutário somente para as funções consideradas do núcleo estratégico do estado. Entretanto, a saúde não fazia parte deste núcleo. Desta forma, em 1998, uma nova redação do artigo 37 da Constituição Federal toma corpo, flexibilizando o modelo estatutário vigente até a época.

Artigo 37. IX- A lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (Constituição Federal de 1988).

No decorrer da década de 1990, temos o surgimento do Sistema Único de Saúde, promulgado a partir da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142). Podemos dizer que nesse período a política de saúde nacional viveu um processo paradoxal. Ao mesmo tempo em que comemorava-se uma nova concepção de saúde, inaugurada a partir da Constituição Federal de 1988, e consolidada com a promulgação do Sistema Único de Saúde, assistimos nesta década um processo de contra-reforma do Estado. Uma vez que a saúde não fazia parte do núcleo estratégico da reforma do Estado, teve que lançar mão de subterfúgios para conduzir suas propostas, entre elas a terceirização dos recursos humanos em saúde.

Eis que surge o seguinte cenário: nasce o SUS num contexto caracterizado pelo ideário neoliberal, marcado por um processo de precarização dos recursos humanos em saúde, onde predomina uma política de flexibilização das relações de trabalho, expressa pela existência de diversas modalidades de vínculos de trabalho.

No Brasil são cerca de 800 mil trabalhadores nesta situação; um equivalente a 40% da força de trabalho inserida no mercado de trabalho em saúde (Olivar, 2006). Somente em Juiz de Fora são mais de mil. A existência de diversas modalidades de vínculos de trabalho (celetista, estatutário, contrato temporário, entre outros), no âmbito do serviço público, contribui para dar concretude a sociedade do trabalho “fragmentada, heterogênea e complexa” (Antunes, 1999). Ou seja, uma sociedade do trabalho cada vez mais esfacelada. No âmbito da saúde essas contratações por firmas terceiras contribuem para acirrar ainda mais a divisão entre os trabalhadores: aqueles que são servidores públicos e aqueles que não são. Divisão esta caracterizada, nas palavras de Harvey (2004), por trabalhadores centrais e trabalhadores periféricos. De acordo com esta subdivisão, os trabalhadores periféricos representam o grupo de trabalhadores que possuem contratos por tempo determinado, geralmente são mais desqualificados, não possuem todos os direitos resguardados e são acometidos por uma alta rotatividade. Ao contrário dos

trabalhadores centrais, que possuem estabilidade, são mais qualificados, possuem seus direitos resguardados, acompanhado de uma boa remuneração e ampla carteira de benefícios e incentivos.

O processo de precarização do emprego em saúde cresce em ritmo acelerado. Recentemente foram inauguradas em Juiz de Fora duas Unidades de Pronto Atendimento – 24 horas (UPAs) - uma no bairro Santa Luzia e outra no bairro São Pedro. Estas duas Unidades caracterizam-se como estabelecimentos de saúde municipais. Entretanto, com a inauguração não foram abertos concursos para preenchimento das vagas disponíveis. Deu-se continuidade ao processo de terceirização dos recursos humanos em saúde. A UPA de São Pedro ficou sob a responsabilidade da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (Suprema) _ de âmbito privado_ e a UPA Santa Luzia ficou sob a responsabilidade da Fundação do Hospital Universitário (FHU).

Em outubro de 2010, o Sindicato dos Médicos, juntamente com o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Juiz de Fora (SINSERPU), questionaram judicialmente o processo de terceirização dos serviços públicos de saúde no Município de Juiz de Fora. Alegam que tal processo não atende aos preceitos constitucionais, que seriam contratações realizadas via processo de licitações. Ou seja, as contratações deveriam ser feitas via processo de licitação pública, tendo todo o processo o acompanhamento da Prefeitura de Juiz de Fora. Defendem a abertura de concurso público de provas e títulos para o preenchimento das vagas. Essa reação do Sindicato dos Médicos e do SINSERPU representa a importância da consciência de classe diante das complexidades da sociedade do trabalho.

Ainda neste mesmo ano, a Prefeitura de Juiz de Fora promoveu o processo de terceirização do almoxarifado do SUS, alegando que seria uma medida que iria trazer benefícios para o setor. Entretanto, tal atitude da administração municipal não se justifica um vez que a precarização deste setor não se dá pelo fato de funcionar sob a gestão de servidores públicos municipais. Vários são os fatores que contribuem para o não atendimento de qualidade no setor, fatores estes presentes não só no almoxarifado do SUS na cidade, mas nos serviços de saúde como um todo. A ausência de investimento no setor, dificultando assim a modernização dos recursos materiais utilizados e a precarização das condições de trabalho no local de

trabalho destacam-se como fatores que contribuem para um atendimento ineficiente. Entretanto, terceirizar o serviço não significa garantia de desprecarização das condições de trabalho. Terceirizar o serviço significa acrescentar mais um elemento de precarização do trabalho, que seria a precarização do emprego neste setor.

Esta situação do emprego em saúde no serviço público expressa a precarização do trabalho no que diz respeito a dimensão do emprego a partir da presença de “vínculos de trabalho irregulares” uma vez que desrespeita não só o artigo 37 da Constituição Federal de 1988, como também a Lei Municipal 8710 em seus artigos 194 e 195:

Artigo 194: Para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, poderão ser efetuadas contratações de pessoal por tempo determinado, mediante contrato administrativo. (Lei 8710/Prefeitura de Juiz de Fora)

Artigo 195: Consideram-se como de necessidade temporária de excepcional interesse público as contratações que visam a:

I - executar trabalhos de curta duração que não possam ser executados pelos servidores efetivos;

II - combater surtos epidêmicos;

III - atender a situações de calamidade pública, assim declarada por Decreto do Executivo Municipal, provocada por fatores naturais e epidemiológicos que afetem gravemente a comunidade, ameaçando a integridade física ou mental dos munícipes;

IV - substituir professor ou admitir professor visitante, inclusive estrangeiro;

V - permitir a execução de serviço por profissional de notória especialização;

VI - atender a outras situações de urgência devidamente justificadas em processo específico e mediante autorização expressa do Prefeito.

§ 1º - As contratações de que trata este artigo terão dotação específica e obedecerão aos seguintes prazos:

I - nas hipóteses dos incisos I, III e VI, até 6 (seis) meses;

II - nas hipóteses dos incisos II, IV e V, até 12 (doze) meses.

§ 2º - Os prazos de que trata o parágrafo anterior são improrrogáveis.

§ 3º - O recrutamento será feito mediante processo seletivo simplificado, sujeito a ampla divulgação em jornal de grande circulação, exceto nas hipóteses dos incisos III, V e VI. (Lei 8710/Prefeitura de Juiz de Fora).

Em uma análise em nível macro, podemos relacionar o processo de reestruturação produtiva com a precarização do emprego em saúde nos dias atuais. Sabemos que o fenômeno da reestruturação produtiva é complexo e engloba várias dimensões (Alves, 2007). Tal fenômeno aconteceu a partir da década de 1970, fortalecendo-se ao longo do século XXI. Caracteriza-se por mudanças no processo de produção do capital. Entretanto, vale ressaltar, como já discutimos no Capítulo 1, que a reestruturação produtiva do capital como resposta a crise de 1970, reflete mudanças tanto internas quanto externas ao processo de produção. Para este estudo, destacamos a mudança externa ao processo de produção que refere-se as mudanças na estrutura do Estado. Ou seja, é necessário que o Estado se molde de acordo com a nova ordem vigente do capital, para que o projeto econômico, social e político neoliberal se consolide.

Como resposta à sua crise estrutural, várias mutações vêm ocorrendo e são fundamentais nesta viragem do século XX para o século XXI. Uma delas, e de importância central, diz respeito às metamorfoses no processo de produção do capital e suas repercussões no processo de trabalho (Antunes, 2005: 180)

A relação entre o processo de reestruturação produtiva e a precarização do trabalho em saúde sustenta-se a partir das inovações ocorridas na estrutura do Estado, que, conseqüentemente, afetaram a gestão da força de trabalho em saúde. A reestruturação produtiva provoca mutações também no processo de trabalho em saúde, a partir da inserção de novas tecnologias, maquinários etc. Enfim, as mudanças no processo de trabalho representam um eixo da reestruturação produtiva assim como as mudanças na gestão deste trabalho. Entretanto, nosso foco é a precarização do emprego no âmbito do setor saúde, em especial no setor público.

A reestruturação produtiva ocorre pela introdução de inovações na organização do processo produtivo, seja pela incorporação de novas tecnologias duras (maquinaria), seja pela mudança no modo de operar o processo de trabalho. Pode gerar também mudanças no modo de elaborar os atos em saúde, e na forma de cuidar, mas ela não necessariamente altera o núcleo tecnológico da produção do

cuidado, isto é, pode ocorrer mesmo sob o modelo hegemônico (Merhy et al, 2003:3).

Concluimos então que um dos reflexos da reestruturação produtiva no trabalho em saúde, é a precarização das relações de trabalho, ou seja, uma fragilidade na gestão da força de trabalho. Tal fragilidade é expressa a partir da existencia de “vínculos de trabalho irregulares”, em especial no setor público, como nos aponta Nogueira (2006). Destaca-se entre estes vínculos o processo de terceirização e os contratos temporários, que não atendem as normatizações legais e os preceitos constitucionais. Considerando a instabilidade no trabalho como um dos fatores que expressam a precarização do emprego, concluimos que a existência de vínculos irregulares no serviço público contribui para o processo de precarização das relações de trabalho.

Diante deste contexto, a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio. Torna-se essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência (BLANK, et al, 2004).

Verifica-se que há muito que investigar no que se refere à precarização do trabalho no setor saúde, que possui especificidades institucionais, políticas e sociais particulares, mas, ao mesmo tempo diretamente vinculadas ao processo global de crise do mundo do trabalho.

3.5 . Observação Sistemática: consolidação dos principais momentos da realização da pesquisa de campo

Como esta pesquisa contou com a contribuição da técnica de observação sistemática enquanto instrumento de investigação empírica, foi possível identificar de que maneira este processo de precarização do trabalho afeta a subjetividade do trabalhador.

A observação sistemática refere-se ao contato direto do observador (pesquisador) com o fenômeno estudado objetivando compreender as reações e interações dos sujeitos da pesquisa. O processo de observação nesta pesquisa foi constante e diário, buscando captar as reações dos trabalhadores (como medo, insegurança, motivação etc) na rotina de trabalho. Foram anotados no diário de campo reações diversas que expressavam o posicionamento dos trabalhadores diante do processo de precarização do emprego.

Em todo o período de coleta de dados, foi identificado o predomínio do sentimento de medo e incerteza. Os trabalhadores questionavam a todo momento se o emprego estaria comprometido caso aceitassem participar da pesquisa. Associavam a pesquisa à figura institucional da FHU. Alguns perguntavam qual seria a contribuição da pesquisa para a melhoria das suas condições de emprego :

“(...) Porque temos que responder estas questões? Vai melhorar nossa situação? O que vamos ganhar com isso? Ninguém pensa na gente aqui (...)” (Trabalhador de saúde 1)

“Até que enfim alguém pensou na gente! Quem sabe com essa pesquisa nossa situação possa melhorar um dia (...)” (Trabalhador de saúde 2)

Não houve um dia, durante todo o processo de coleta de dados, que não fossem observados tais sentimentos. As reações ao responder todas as perguntas eram permeadas pelos sentimentos de incerteza com relação ao futuro profissional. Questionavam o salário, questionavam a jornada de trabalho, questionavam a estabilidade. Um trabalhador mostrou-se equivocado com relação a sua condição de trabalho. Por estar trabalhando em um serviço público, pensava que era como o

trabalhador concursado. Apresentava uma noção reducionista sobre concursos públicos:

“Meu contrato de trabalho é por tempo determinado, mas eu sou concursado. Passei por uma seleção. Tenho carteira assinada, mas sou concursado”. (Trabalhador de saúde 3)

Esse clima de incertezas foi acirrado principalmente a partir do final do mês de novembro, quando foi divulgada uma nota nos veículos de comunicação acerca da situação contratual dos trabalhadores de todos os 46 hospitais universitários do país. O Tribunal de Contas da União (TCU) determinou que os 26 mil trabalhadores que haviam sido terceirizados de forma irregular em todos os HUs do país deveriam deixar seus postos até dia 31 de dezembro de 2010. Vale explicar que tercerização irregular neste caso, respaldados em Nogueira (2006), são aquelas contratações que não respeitam os preceitos constitucionais e as normatizações legais sobre contratações temporárias no serviço público. Na maioria dos casos as irregularidades se expressam pelo não cumprimento do prazo dos contratos estabelecidos por lei ou pela forma de seleção destes trabalhadores.

O TCU justifica tal determinação pelo fato de no ano de 2006 ter sido feito um acordo entre o Ministério do Planejamento e Orçamento (MPOG) e o próprio TCU para que no prazo de quatro anos os postos de trabalho ocupados por terceirizados fossem preenchidos por concursados. Entretanto, até a presente data o acordo não havia sido cumprido. No entanto, a Associação Brasileira dos Hospitais Universitários se mobiliza, juntamente com os Ministérios da Educação, Planejamento e Orçamento e da Saúde, para que sejam adotadas estratégias em prol do cumprimento da determinação do TCU.

Os trabalhadores do HU/CAS questionavam, durante o período da investigação, se estariam empregados até o final do mês de dezembro de 2010. Trabalhavam com o sentimento de incerteza de como seria o janeiro do próximo ano:

“(...) nem sei se em janeiro estaremos empregados. Agora com essa nova lei aí que saiu para todos os Hospitais Universitários do país... Não sei como será o mês de janeiro”. (Trabalhador de saúde 4)

Richard Sennet, em seu livro “Corrosão do Caráter”, aborda com grande propriedade a questão da perda da estabilidade, e do medo. “Você não sabe se vai trabalhar mais amanhã ,quer dizer, o trabalho que era um valor começa a desmoronar” (Sennet, 2001:10).

Para Dejours (1999), o medo de perder o emprego pode ter como consequência o adoecimento do trabalhador, que muitas vezes submetido às condições impostas pelo empregador, vivencia momentos de angústia e ausência de diálogo, sem poder reivindicar seus direitos de cidadão.

Identificamos durante todo o período de coleta de dados a presença do sentimento de medo: medo de perder o emprego, medo de responder o questionário e comprometer o emprego, medo do futuro... esse cenário caracterizado pelos trabalhadores de saúde contratados pelo Hospital Universitário de Juiz de Fora representa uma das dimensões que compõe o complexo de reestruturação produtiva que seriam as inovações sócio-metabólicas do capital que dizem respeito diretamente à constituição da nova subjetividade do trabalho assalariado (Alves, 2007). E essa nova subjetividade do trabalho assalariado está diretamente relacionada ao incentivo individual do sentimento do medo. Destacam-se aqui as questões relacionadas às relações de trabalho, à baixa remuneração e as tendências do novo mundo do trabalho. Características que foram expressadas nos indicadores apresentados nesta pesquisa.

Através do medo de perder o emprego o trabalhador assalariado consente maior nível de exploração da sua força de trabalho e renuncia a direitos sociais e trabalhistas, por exemplo. Como já dizia Freud, o medo é a moeda de troca dos afetos humanos. É cultivando o medo que o capital busca constituir novos (e espúrios) consentimentos à nova barbárie social. O medo tende a “dissolver” o sujeito e a subjetividade humana. É estofa agudo que permeia as relações estranhadas da civilização do capital nesta etapa de desenvolvimento histórico (Alves, 2007: 197).

Verifica-se a mesma situação no Hospital Regional Dr. João Penido. Em entrevista com o Chefe do Departamento Pessoal do Hospital estadual de Juiz de Fora, fomos informados sobre a situação crítica dos trabalhadores contratados da

instituição. No ano de 2009 houve um concurso público para o provimento de vagas em todos os setores. Entretanto até o mês outubro de 2010 nenhum candidato havia sido chamado. Em novembro do mesmo ano o Ministério Público determinou que os candidatos fossem chamados a partir de janeiro de 2011. Com esta determinação, os trabalhadores contratados são assombrados pelo fantasma do desemprego. O mesmo sentimento de medo verificado nos trabalhadores contratados do HU/UFJF também pode ser verificado no Hospital Regional João Penido. E a situação torna-se mais crítica na medida em que verifica-se a irregularidade dos vínculos na instituição. O Regime Jurídico Único do Estado de Minas Gerais, em seu artigo 11 permite a contratação temporária de excepcional interesse público no prazo máximo de seis meses. De acordo com as informações obtidas via entrevista, existem trabalhadores contratados na instituição há mais de seis meses, expressando assim o traço de precariedade do vínculo.

Artigo 11.- Para atender a necessidade temporária, de excepcional interesse público, poderá haver contratação por prazo determinado, não superior a 6 (seis) meses, sob a forma de contrato de direito administrativo, caso em que o contratado não será considerado servidor público. (Regime Jurídico Único do Estado de Minas Gerais).

Desta forma, identificamos como o processo de precarização afeta a subjetividade do trabalhador. A motivação, o interesse, o prazer, são substituídos pelo medo, pela incerteza, pela ansiedade, pelo desprazer. A falta de estabilidade no emprego e a flexibilidade das relações de trabalho afetam o desenvolvimento do processo de trabalho em si e, em última instância a subjetividade do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados à população.

Considerações Finais

Neste estudo procuramos refletir sobre o processo de precarização do trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), sendo possível tecer algumas considerações, sem a pretensão de avaliar conclusivamente.

Conhecer a situação de emprego no âmbito do HU/UFJF, uma instituição pública, federal e de ensino, permitiu repensar os vínculos de trabalho presentes no setor público _ que não seja o estatutário _ e refletir sobre o significado desse fenômeno no que diz respeito ao trabalho em saúde.

Uma conjuntura adversa favorece a precarização do trabalho, a saber: o processo de reestruturação produtiva no contexto da mundialização do capital. A reestruturação do capital a partir da crise de 1970 proporcionou mudanças no modo de produção do capital que repercutiram no processo de trabalho (Antunes, 2005).

Tal processo de reestruturação do capital caracteriza-se por ser um processo complexo e que provoca mudanças internas e externas. Entre as mudanças internas ao processo de produção destacam-se as inovações tecnológicas; as mudanças na organização do processo de trabalho e as inovações nas relações de trabalho, caracterizadas pelos novos vínculos empregatícios, pela precarização dos salários e pela flexibilização das relações de trabalho. As mudanças externas referem-se às inovações político-institucionais, engendradas a partir das novas formas de Estado neoliberal; as mudanças culturais e as inovações econômicas e geoeconômicas, expressadas respectivamente, pelo projeto econômico neoliberal e pelos novos territórios do mercado mundial (ALVES, 2007).

Nossa análise se inseriu na relação entre o processo de precarização do trabalho e a mudança proporcionada pelo processo de reestruturação produtiva a partir das inovações na estrutura do Estado.

No caso do Brasil, a nova estrutura do Estado que foi tecida ao longo da década de 1990, com a Reforma do Estado, priorizou a flexibilização do regime

estatutário da época, com a inserção de diversas modalidades de vínculos de trabalho. Na saúde, o reflexo dessa flexibilização das relações de trabalho no âmbito do serviço público, resultou num processo de precarização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Através do levantamento realizado com os trabalhadores contratados no HU/UFJF pudemos descortinar os traços das principais tendências do mundo e da precarização do trabalho na contemporaneidade.

Entre os 62 trabalhadores participantes da pesquisa, a grande maioria (74,2%), é predominantemente feminina. Esse dado revela a tendência do corte de gênero na sociedade do trabalho e as repercussões de tal divisão. Esse indicador da força de trabalho contratada do HU/UFJF vai ao encontro da tendência posta por Antunes (2005), de que há um aumento significativo do trabalho feminino, chegando a atingir mais de 40% da força de trabalho nos países avançados, e que tem sido consumido pelo capital predominantemente por relações de trabalho precarizadas e desregulamentadas.

Paralelo a esta tendência, destaca-se o elevado número de trabalhadores que possuem pouco tempo de trabalho na instituição. Cerca de 90% dos trabalhadores entrevistados estão contratados pelo HU/CAS no período máximo de três anos. Este indicador representa a existência de uma rotatividade no serviço. Não há um predomínio da estabilidade no emprego.

Também foi identificado no HU/UFJF o predomínio da baixa remuneração, baixa escolaridade, maior jornada de trabalho em comparação com os trabalhadores estatutários e um número expressivo de trabalhadores com outro tipo de vínculo empregatício.

A partir desta pesquisa foi identificado traços de precariedade do emprego em determinadas categorias profissionais como mencionado acima. Entre todos os indicadores apresentados, destacamos a questão do vínculo empregatício no âmbito do HU-CAS/UFJF.

. Todos os trabalhadores que participaram da pesquisa, são celetistas _ contratados por prazo indeterminado ou determinado. Entretanto, o fato destes trabalhadores terem seus direitos e deveres regidos pela CLT, não anula o traço de

precariedade de emprego que esta situação representa. Importante repensar o significado do processo de contratação nesta instituição hospitalar uma instituição pública de saúde, inserida na rede SUS.

O processo de precarização do trabalho em saúde no âmbito da administração pública ocorre na medida em que os direitos destinados aos servidores públicos estatutários não são estendidos aos trabalhadores contratados pelos processos de terceirização e que atuam em instituições públicas. Cria-se entre os trabalhadores de um mesmo estabelecimento de saúde uma linha que divide os trabalhadores em dois pólos: trabalhadores de saúde que são estatutários e exercem suas funções no âmbito de uma instituição pública e que são respaldados pelos direitos prescritos na Constituição de 1988 a partir do artigo 30 e trabalhadores de saúde que trabalham na mesma instituição pública, que são regidos pela CLT, mas que não usufruem dos direitos destinados aos trabalhadores estatutários.

Tal divisão gera competição e comparação entre os trabalhadores, que muitas vezes se sentem desvalorizados por estarem trabalhando numa instituição pública e não serem reconhecidos como um servidor público. Essa situação confirma a colocação de Antunes (2005), de que as mudanças no mundo do trabalho dão origem a uma classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada, mais complexificada e mais dividida:

Essas mutações criaram uma classe trabalhadora mais (...) dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc. sem falar nas divisões que decorrem da inserção diferenciada dos países e de seus trabalhadores na nova divisão internacional do trabalho (Antunes, 2005:184).

Verifica-se no HU-CAS/UFJF a divisão expressa por Antunes (2003), entre trabalhadores estáveis e precários. Como esta pesquisa teve entre os instrumentos metodológicos a contribuição da técnica da observação sistemática, os trabalhadores entrevistados expressaram sua indignação e comparação de sua situação com os trabalhadores estatutários.

Conclui-se então que há um processo de precarização do emprego no Hospital Universitário/UFJF, a partir da existência de vínculos de trabalho diferenciados e onde são potencializados indicadores que representam a precarização das relações de trabalho.

Como a questão central deste estudo primou-se por compreender como na particularidade de um serviço público de saúde e na singularidade de cada profissional de saúde se expressa o processo de precarização das relações de trabalho, passando pelas mediações das questões institucionais, políticas e econômicas, tornou-se necessário entender a articulação da situação particular do HU/UFJF com o contexto geral de precarização do trabalho.

O processo de precarização do emprego no HU/UFJF se insere na relação entre Estado e capital a partir do processo de reforma do estado brasileiro iniciado na década de 1990. Com a flexibilização do regime estatutário apontada no artigo 37 da Constituição Federal de 1988, materializada a partir das mudanças propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), passa a ser permitida a contratação no serviço público, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

De acordo com Nogueira (2006), torna-se irregular todo o vínculo de trabalho no âmbito da instituição pública que não seja concurso público ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não - finalísticas (como serviços gerais, segurança etc.), pelo fato de pertencer a uma empregadora contratada mediante as normas legais de licitação. Desta forma, verifica-se com esta pesquisa uma precarização do trabalho no HU/CAS na medida em que a maior parte dos trabalhadores entrevistados apresentam vínculo de trabalho celetista (79%), sem tempo determinado. Este quadro de regime de trabalho no HU/UFJF assume características irregulares por contrariar os preceitos constitucionais dispostos no inciso II do artigo 37 da Constituição Cidadã.

Diante do grande número de trabalhadores contratados no HU/UFJF a partir de vínculos de trabalho celetistas, em sua maioria sem tempo determinado, fica constatado um processo de precarização do emprego na instituição. Esta problemática do emprego no âmbito do hospital representa uma fragilidade do Estado, na medida em que ele não cumpre os preceitos constitucionais:

Artigo 37:

II- a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e de títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (CF/1988).

Os resultados da investigação confirmam o processo de precarização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde, pois o HU/UFJF, enquanto instituição pública, federal e de ensino, faz parte da rede SUS desde 1990. Neste caso, corroboramos com Nogueira (2006), a perspectiva de que a precarização das relações de trabalho na rede SUS não representa apenas desproteção ao trabalhador de seus direitos. Tal processo revela também uma irregularidade do vínculo na sua origem. Ou seja, a partir do momento em que não são cumpridos os preceitos constitucionais sobre os concursos como forma de ingresso nas instituições públicas, o contrato temporário torna-se virtualmente nulo. Esta nulidade justifica-se pelo fato de que o cumprimento da proteção social ao trabalhador pelo empregador não isenta a irregularidade do vínculo uma vez que o processo de admissão deste trabalhador não aconteceu mediante concurso público.

A pesquisa apontou uma consequência do processo de precarização do emprego no HU/UFJF: a esfera da subjetividade do trabalhador é atingida a partir da precarização das relações de trabalho. Essa pesquisa contou com a contribuição do instrumento de observação sistemática onde foi possível compreender as reações e interações dos trabalhadores que foram sujeitos da investigação. Todos os entrevistados foram contundentes em afirmar que sentem medo ao pensarem no futuro. Um trabalhador de saúde recusou-se a participar da pesquisa pelo medo de que seu emprego fosse comprometido. Por não possuírem estabilidade, o sentimento de incerteza e dúvida predomina no ambiente de trabalho durante cada mês. A única certeza é de que não há certezas quanto ao futuro no trabalho. Richard Sennet (200, pág. 10), aborda com muita concretude a questão do medo e da perda de estabilidade em seu livro “Corrosão do Caráter”: “você não sabe se vai trabalhar amanhã, quer dizer, o trabalho que era um valor começa a desmoronar”.

Os resultados da investigação demonstram que a maioria dos trabalhadores sentem-se desmotivados e desrespeitados com a vulnerabilidade do emprego. Esse sentimento foi acirrado a partir do final do mês de novembro de 2010, quando o Tribunal de Contas da União determinou que todos os Hospitais Universitários do país regularizassem a situação dos trabalhadores contratados. Para as instituições hospitalares, essa determinação significa refazer seus quadros de funcionários a partir da realização de concursos públicos. Para os trabalhadores contratados por essas instituições isso significa a perda de seus postos de trabalho, em outras palavras, demissão. Até o término do processo de coleta de dados ainda não havia uma determinação oficial sobre a situação destes trabalhadores. A única certeza era que estes trabalhadores não sabiam se continuariam empregados no ano de 2011.

Todo este quadro de instabilidade e flexibilidade das relações de trabalho no HU/UFJF afetam a subjetividade do trabalhador. A vida social do trabalhador também é metamorfoseada por essas novas tendências do trabalho. Desta forma, torna-se natural o sofrimento causado por essa flexibilidade das relações de trabalho, já que é “bastante natural que a flexibilidade cause ansiedade: as pessoas não sabem que riscos serão compensados, que caminhos a seguir” (Sennet, 2001, p. 09-10)

Percebe-se que o processo de precarização do emprego no Hospital Universitário de Juiz der Fora caracteriza-se por um nível de complexidade que atinge todas as esferas da vida do trabalhador. E, por conseqüência, afeta também a qualidade da assistência prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde, uma vez que os trabalhadores que estão submetidos a tal condição sentem-se desmotivados a realização de suas funções.

Poderíamos a partir desta pesquisa traçar um perfil dos trabalhadores contratados do HU/UFJF: trabalhadores essencialmente do sexo feminino, numa faixa etária de 18 a 59 anos, com nível de escolaridade predominantemente técnico. Trabalham cerca de 44 horas semanais; possuem uma remuneração baixa e uma jornada de trabalho extensa se comparada a dos trabalhadores estatutários, e convivem diariamente com o sentimento de medo, incerteza e ansiedade com relação ao futuro no trabalho.

Verifica-se que este padrão assume características peculiares às principais tendências do mundo do trabalho atual ocasionadas com o processo de reestruturação da produção do capital a partir da crise de 1970.

Compreende-se, portanto, que os indicadores sobre a dimensão do emprego no Hospital Universitário de Juiz de Fora são consequência de um processo macro, mediado por questões institucionais, políticas e econômicas.

Este estudo teve como hipótese central os reflexos do fenômeno da reestruturação produtiva no processo de precarização do trabalho em saúde. Verificamos que a ineficiência do Estado a partir da nova relação entre capital e trabalho, posta desde meados da década de 1970, contribui para a precarização do emprego no setor saúde.

Neste direção, estamos apontando nossas considerações para a confirmação de um processo de precarização das relações de trabalho no Sistema único de Saúde, já que a instituição lócus da pesquisa, é uma instituição pública e faz parte do sistema nacional de saúde.

Desta forma para que os preceitos constitucionais de acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS sejam de fato efetivados, é necessário entre outros fatores, que a obrigatoriedade do concurso público seja efetivada. (Nogueira, 2006).

Diante deste quadro de precarização das relações de trabalho, de acordo com Nogueira (2006), vem sendo implantado desde o governo Lula uma política de regularização dos vínculos de trabalho, a partir do tempo em vista da valorização do preceito constitucional de ingresso no serviço público a partir de concurso.

Entretanto, constata-se a partir da pesquisa desenvolvida no HU que é necessário o fortalecimento desta política uma vez que ainda é expressivo o número de trabalhadores contratados na instituição. A determinação do Tribunal de Contas para que os vínculos de trabalho nos hospitais universitários do país sejam regularizados confirma a fragilidade desta política. A ministra do Planejamento Miriam Belchior, juntamente com o então Ministro da Fazenda, Guido Mantega, anunciaram em entrevista coletiva no início do mês de fevereiro de 2011, um corte de R\$50 bilhões de reais no orçamento do governo este ano. Por conta disso, o

governo federal não deverá realizar concursos públicos, nomeações e contratações ao longo do ano de 2011. Até o presente momento, a decisão se refere apenas ao governo federal, não incluindo assim os governos estaduais e federais. Tal determinação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, reforça a necessidade do fortalecimento da política de regularização dos vínculos de trabalho no serviço público.

Acreditamos que para que esta política de regularização dos vínculos se consolide, é necessário uma organização política dos trabalhadores de saúde para que sejam potencializadas as negociações entre os gestores públicos e o segmento da força de trabalho em saúde.

Justificamos nossa consideração a partir dos indicadores apresentados por esta pesquisa com relação a participação dos trabalhadores em associações organizativas de cada categoria, pois a grande maioria dos trabalhadores não é sindicalizada (79,1%). Este indicador resgata a reflexão de Antunes (2005) sobre a fragilidade da consciência de classe dos trabalhadores na atualidade.

Vale acrescentar que nossa pesquisa identificou também indicadores que apresentam categorias favoráveis a precarização dos recursos humanos de saúde no âmbito da rede Sistema Único de Saúde, como a baixa participação dos trabalhadores em saúde do HU/UFJF em eventos de saúde, como seminários, palestras, encontros, congressos . Paralelo a esses dados, temos os indicadores referentes a participação em cursos de aperfeiçoamento, onde a grande maioria diz não participar. Não caracteriza-se como foco dessa pesquisa refletir sobre as conseqüências da reestruturação produtiva no processo de trabalho em saúde. Mas, como os indicadores se articulam, não podemos deixar de considerar que o não investimento dos trabalhadores em saúde em cursos de aperfeiçoamento e a não participação em eventos de saúde, contribuem para a não realização de uma formação continuada, que repercute diretamente na qualidade da assistência prestada.

É necessário compreender quais fatores estão por trás da baixa participação dos trabalhadores em cursos de aperfeiçoamento e nos eventos em saúde. A partir dessa pesquisa identificamos os seguintes: a falta de tempo, as longas jornadas de trabalho, a falta de motivação em função dos baixos salários, a ausência de

aspirações e perspectivas profissionais por conta da falta de estabilidade e incerteza no trabalho.

Todos os fatores apontados referem-se aos indicadores que são favoráveis à precarização do trabalho. A pesquisa demonstrou que todos estes indicadores do HU/CAS trazem traços de precariedade das relações de trabalho.

Finalmente podemos afirmar que, como reflexo do fenômeno da reestruturação produtiva no âmbito do HU/UFJF, verificamos um processo de precariedade das relações de trabalho a partir de existência de vínculos de trabalho irregulares. Apontamos como uma possibilidade de reversão desta situação, uma maior participação política dos trabalhadores, enquanto atores políticos e principais sujeitos afetados por esta situação de instabilidade, para que a recente política de regularização dos vínculos de trabalho possa de fato ser efetivada.

Bibliografia:

ABRUCIO, F, L, (1997) – **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** Cadernos ENAP nº10, Brasília, ENAP.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho.** Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1 reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva:** ensaios de sociologia do trabalho. 2ª Edição. Londrina: Editora Praxis, 2007.

ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, vol.25, n.87, p.335-351, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2. Ed. São Paulo: Cortez; SP: Unicamp, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, C. G. **Stress e trabalho:** um enfoque nos trabalhadores da Universidade Federal de Juiz de Fora. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano no Contexto da Saúde e da Educação. ICHL/UFJF. 2004.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social** – fundamentos e história. 2 ed. São Paulo:Cortez, Biblioteca Básica do Serviço Social, v 2, 2007.

BEHRING, E.R; **Contra- Reforma:** desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BELISÁRIO, S. A. ASSUNÇÃO, A.A.; BELISÁRIO, S.A. (2005).Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde.Projeto de criação do Grupo de Estudos em Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Faculdade de Medicina.UFMG, Belo Horizonte. IN: **Serie Nescon de Informes Técnicos Nº 1 - Condições de trabalho**

e saúde dostralhadore da saúde - Relatório da Oficina, Ouro Preto, Brasil, 22-27 janeiro de 2006.

BESSA, D. A A. **Mutações no mundo do trabalho e seus reflexos no contexto da reabilitação profissional**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2004.

BIHR, A. **Da grande noite à alternativa**. O movimento operário europeu em crise. São Paulo: Boitempo, 1998, p.143-181.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.1, p.7 – 11, 1991.

BLANK, V.L.G; RIBEIRO, E. M. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, p.1 -8.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 1997.

BRASIL, **Constituição da República Federativa**. Outubro de 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n 218 de 06 de março de 1997**. Reconhece os profissionais de saúde de nível superior. 1997.

_____. **Decreto 31930**. Regulamenta o Regime Jurídico Único de Minas Gerais e dá outras providências. 1990

_____. **Emenda Constitucional 19**. Modifica o Regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências, de 04 de junho de 1998.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Juiz de Fora**. Disponível: www.ibge.gov.br. Acesso em 23 de novembro de 2010.

_____. **Lei 8745**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, de 9 de dezembro de 1993.

_____. **Lei 8647**. Dispõe sobre a vinculação de servidor público civil, ocupante de carga em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública

Federal, ao Regime Geral de Previdência Social e dá outras providências, de 13 de abril de 1993.

_____. **Lei Orgânica da Saúde n 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde. In: **Material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília, 2007.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e a Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 1 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p.229- 266.

CARVALHO, G.I. de; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTRO, E. C. M. M. **Trabalho em saúde**: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In PINHEIRO, R; MATTOS. In: **Construção da Integralidade**: Cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003

CHAUÍ, Marilena. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CHESSAIS, François (1995). **Mundialização do Capital**, São Paulo: Editora Xamã.

_____(1997). **A emergência de um regime de acumulação mundial predominantemente financeiro**. *Praga*,3, editora Hucitec, São Paulo.

_____ (org.) (1999). **A Mundialização Financeira**, Editora Xamã, São Paulo.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DELAGE, A. L. C. **Capital e trabalho na crise contemporânea. Uma experiência sindical bancária de formação e requalificação profissional**. 1998. Dissertação (Mestre em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

DIAS, E. C., 1994. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: DuasCidades, 1979

FACCHINI, L. A. Por que a Doença? A inferência Causal e os marcos teóricos de análise. In: Rocha, E. et al (org). **Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993, p.33 a 55.

FRANCO T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema do cartão nacional de saúde** (Tese de Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas; 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo assistencial. In: Merhy, Emerson et al (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55 a 124.

GOMEZ, C. M. ; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n.2, p.21-33, 1997.

GOMES, C.M. ; COSTA, S. M. F. T. Precarização do trabalho: desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.411-415.

GUERRA, Yolanda. A ontologia do ser social: bases para formação profissional. **Serviço Social e Sociedade**. 1 ed. São Paulo: Cortez, ano XVIII, n.54, p.9-25, jul. 1997.

GUILAM, M.C.R.. O conceito de Risco: sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais. **Estudo sobre Tecnobiociências e Risco na Sociedade Capitalista**. Cap.1, jul.1996.

GUSMÃO, Rute. A terceirização de serviços na contra-reforma do Estado. **Serviço Social e Sociedade**, nº70, p. 92-111, 2002.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna** – uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. **Espaços da Esperança**. SP. Edições Loyola, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2 ed. São Paulo; Cortez, 1998.

LACAZ, F. A. C., 1994. Cenário e estratégias em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994. **II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Brasília.

LIMA, Flávio Roberto Ferreira de. Breves considerações à contratação no serviço público sem concurso público, prevista no inciso IX do art. 37 da Constituição Federal . **Jus Navigandi**, Teresina, a. 7, n. 60, nov. 2002. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=3405>>. Acesso em: 29 janeiro de 2011.

MACHADO, M. M. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA,N. T. et al (org). **Saúde e Democracia** – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2005, p. 257-281.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: ----- . **O Capital: o processo de produção do capital**. 11 ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 1987. cap. 5, p. 201-223.

MARX, K; ENGELS, F. Trabalho assalariado e capital. In: ----- . **Obras escolhidas**. 1 ed. São Paulo: Alfa –Ômega, 1953. p.60 – 82.

MENDES, G. G. et al. **Conseqüências da relação trabalho x beber excessivo em alguns servidores da Universidade Federal de Juiz de Fora**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2004.

MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a, p. 197- 228.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico - assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997 b, p.117 -160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997c, p.71-110.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO, 2005, p.195-206.

_____. O ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde. **VER-SUS Brasil** – Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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, 1997d, p.125-141.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002. (Saúde em Debate, 145).

_____. Um dos maiores desafios dos gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E et al (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003, p. 15-35.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva 1999**; 4:305-29.

MERHY, E. E et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997e, p.113- 150.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, , 1992.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimento para os Serviços de Saúde**. Brasília, D.F,2001.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

MONTEIRO, A M. et al. **Reestruturação produtiva e produção teórica do Serviço Social nas décadas de 80 e 90: fragmentos de alguns autores**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2000.

MOTTA, M. F. da; CARVALHO, V. C. **Saúde do trabalhador: desvendando caminhos e ampliando possibilidades de intervenção interdisciplinar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, dez. 2000.

NETO, C. O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, M. A. (1998). **As possibilidades da Política**, São Paulo, Paz e Terra.

_____. (2004). **Um Estado para a sociedade Civil**, São Paulo, Cortez Editora.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites Críticos das noções de precariedade e de desprecarização do trabalho na administração pública. In: Organização Pan- Americana da Saúde e Ministério da saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise.** v 2. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2005, p. 81- 103.

NOGUEIRA, R. P. problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº87, 2006, p.147-162.

NORMAS CONSTITUCIONAIS REFERENTES À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SERVIDORES PÚBLICOS: Constituição Federal de 1988, arts. 37 a 41 e 205 a 214.

OFFE, Claus. **Trabalho e sociedade** – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. 1ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989. p. 13-41.

OLIVAR, M.S.P. **Trabalho e Saúde:** as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar. 2006. 249f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde.** v 1 , n 1, p. 75-91, 2002.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p.145- 164.

PEREIRA, J.C.M. **Medicina, saúde e sociedade.** Ribeirão Preto: Complexo Gráfico, 2003. cap. 1, p.17-31.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA; T. C; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise.** v 2. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2004, p. 51- 70.

PINHEIRO, R; MATTOS. In: **Construção da Integralidade:** Cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

PIRES, D. **A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; CUT: Annablume, 1998.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2000; 53:251-263.

REGIME JURÍDICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

REGIME JURÍDICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS: Lei 1.254, de 20 de julho de 1990.

REGIME JURÍDICO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995.

RIZZINI, I; CASTRO, M. R.; SARTOR, C.D. **Pesquisando guia de Metodologias de Pesquisa para programas sociais**. Ed. Univrsitária Santa. Úrsula. RJ, 1999. Série Banco de Dados 6.

SANTOS-FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS - FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 124- 171.

SANTOS-FILHO, S. B; BARROS de BARROS, M. E. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In:

SANTOS -FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p.124- 171.

SÁVTCHENKO, P. O Trabalho, o Homem e a Sociedade. In: SÁVTCHENKO, P. **O que é Trabalho?** Tradução: I. Chaláguina. Moscovo: Edições Progresso, 1987, p. 6-38.

SCHRAIBER, L. B; MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 281-297.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA JUNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1998.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do Caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Trad. Marcos Santarrita. 5. ed. Rio de Janeiro : Records, 2001. 204p.

SILVEIRA, M.L. Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink. **Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2001.**

SOARES, L. T. **Saúde para todos em 2005.** Rio de Janeiro, UERJ: Laboratório de Políticas Públicas; Instituto Rosa Luxemburgo, 2005.

SOUZA FILHO, R. (2006) – **Estado, Burocracia e Patrimonialismo no desenvolvimento da Administração Pública Brasileira.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social/UFRJ.

SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 2. ed. São Paulo : Cortez, 2000. 296p.

SOUZA, A S. et al. Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional. **Libertas.** Juiz de Fora, v. 1, n.1, p. 53-65, jan./jun. 2001.

TEIXEIRA, A A D. **Abordagem coletiva das doenças ocupacionais: uma experiência na Unidade de Referência de Reabilitação Profissional de Juiz de Fora.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ações Institucionais em Saúde Pública. FSS/UFJF, 2001.

TEIXEIRA, A B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

TORO, I. F. C., O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. In: **Revista Serviço Social e Saúde**, ano IV, nº 4, 2005.

VARGAS, A L. A . **A Saúde do Trabalhador dá conta do sofrimento do trabalhador?** Um caminho para repensar uma intervenção. 2003. 109f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

YACOUB, L. B. D. Trabalho: muitos são os que precisam, mas poucos são os eleitos. 1 ed. **Libertas**. Juiz de Fora: UFJF, ano I, n. 1, p. 85-104, jan.2001.

YAZBECK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1996.

Sites e documentos da Web:

www.nescon.medicina.ufmg.br

www.ibge.gov.br

www.pjwww.saude.gov.br

www.brasil.gov.br

www.opas.org.br/saudedotrabalhador/observatorios.cfm

f.mg.gov.br

www.tcu.gov.br

www.dieese.org.br

www.oit.org.br

www.ufjf.br/hu

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

Questionário:

Cargo que ocupa na Instituição: _____

Idade: _____

Gênero:

- a) Feminino
- b) Masculino

Escolaridade:

- a) Ensino Fundamental
- b) Ensino Médio
- c) Curso técnico
- d) Curso superior
- e) Curso superior com especialização
- f) Mestrado
- g) Doutorado

Qual o tempo de atuação na Instituição?

- a) Até 3 anos
- b) De 4 a 6 anos
- c) De 7 a 9 anos
- d) Acima de 10 anos

Vínculo empregatício

- a) Celetista
- b) Contrato temporário

Carga horária Semanal:

- a) 8 horas semanais

- b) 12 horas semanais
- c) 20 horas semanais
- d) 40 horas semanais
- e) 44 horas semanais

Possui outro emprego?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, quantos empregos? _____

Faixa salarial:

- a) 1 a 2 salários
- b) 3 a 5 salários
- c) 4 a 5 salários
- d) 6 a 8 salários
- e) 9 a 11 salários
- f) 12 a 14 salários
- g) Acima de 15 salários

Quantas instituições de saúde já atuou? _____

Estado civil:

- a) Solteiro
- b) Casado
- c) Viúvo
- d) Divorciado

Possui filhos?

- a) Sim
- b) Não

Participa de cursos de aperfeiçoamento?

- a) Sim
- b) Não

Participa de eventos em saúde?

- a) Sim

b) Não

Acompanha as discussões em torno da política pública de saúde?

a) Sim

b) Não

Participa de Conselhos de Políticas Públicas (Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde)?

a) Sim

b) Não

Participa de organização associativa da categoria (sindicatos, conselhos, etc.) ?

a) Sim

b) Não

Se ainda não possui nível superior, almeja fazê-lo?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E OS IMPACTOS NO SETOR SAÚDE”. Neste estudo pretendemos analisar os reflexos do processo de reestruturação produtiva no trabalho em saúde.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o interesse por esta temática, além de ser uma discussão contemporânea e de promover acúmulos teóricos na área do trabalho.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): aplicação de questionários aos trabalhadores contratados que atuam no Hospital Universitário de Juiz de Fora.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: WÁSSILA MARIANA SILVA RECEPUTI

ENDEREÇO: RUA ARMANDO PERNISA, 66, VILA IDEAL

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36020-710

FONE: (32) 88118472 / E-MAIL: WASSILAMARIANA@YAHOO.COM.BR

