



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS

**A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE:
As condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF**

JOÃO PESSOA – PB
2012

SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS

**A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE:
As condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da professora Doutora Cláudia Maria Costa Gomes, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

JOÃO PESSOA – PB
2012

C198p Campos, Sayonara de Azevedo Gomes.

A precarização da força de trabalho no serviço público de saúde: as condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF / Sayonara de Azevedo Gomes Campos.-- João Pessoa, 2012.

163f. : il.

Orientadora: Cláudia Maria Costa Gomes

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA

1. Serviço social. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF - precarização. 3. Assistentes sociais - relações - condições de trabalho.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL DO (A) ALUNO (A) SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS Aos trinta dias do mês de outubro de dois mil e doze (30/10/2012), às 14h: 00min. na Sala da Coordenação do Mestrado em Serviço Social do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, reuniram-se os membros da Banca Examinadora Composta pelo(a)s Professore(a)s Doutore(a)s CLÁUDIA MARIA COSTA GOMES (Orientadora e Presidente da Banca), ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDÁ (Participante Examinadora Interna), e MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA (Participante Examinadora Externa/UEPB), com o objetivo de proceder a arguição do(a) aluno(a) SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS sobre sua Dissertação intitulada: " A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: As condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF" requisito parcial e conclusivo para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Abrindo a sessão pública a Profª Drª CLÁUDIA MARIA COSTA GOMES convidou os membros e o(a) mestrando(a) SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS a comporem a Banca Examinadora. A seguir foi concedida a palavra para apresentar uma síntese de sua Dissertação em 30(trinta) minutos. Concluída a exposição oral apresentada pelo (a) mestrando (a) e procedida a arguição pertinente ao trabalho final, a Banca Examinadora se reuniu para deliberar sobre o conceito a ser atribuído à dissertação em exame. A presidente da Banca Examinadora a Profª. Drª CLÁUDIA MARIA COSTA GOMES comunica ao mestrado, a Banca examinadora e aos presentes que por decisão unânime da Banca Examinadora foi à Dissertação em julgamento o conceito *Aprovado* (nota), Secretária do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, João Pessoa, 30 de Outubro de 2012.

Banca Examinadora

Profª Drª CLÁUDIA MARIA COSTA GOMES

(Orientadora)

Profª Drª ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA

(Participante Examinadora Interna)

Profª Drª MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA

(Participante Examinadora Externa/UEPB)

Dedico esse estudo as três mulheres que fazem
parte da minha família, pelo apoio
incondicional em meus estudos.
Vocês são a minha vida.
Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me permitir conquistar, a cada dia, algo quase impossível nos dias de hoje: o aprimoramento intelectual por meio dos estudos. A Ele agradeço eternamente.

A meu pai, pelos ensinamentos que pôde me proporcionar durante o pouco tempo que ficou entre nós, mas que servirão por toda minha vida. A minha eterna majestade dona Zú, por ter me gerado em seu ventre e me guiado ao caminho certo quando tudo em nossas vidas parecia ter acabado. As minhas magníficas irmãs, por ter me compreendido durante todo o processo de elaboração dessa dissertação e por me aturar quando o stress em mim chegava ao ápice da loucura.

Ao meu amigo de profissão, estudo e companheiro Mário Meira Neto. Agradeço pelas vezes que ele me esclareceu as inúmeras dúvidas que surgiram no decorrer da realização desse estudo, estamos e sempre estaremos juntos na busca por mais aprendizado.

Aos meus inesquecíveis Mestres, pelos ensinamentos repassados e por muitas vezes ter cobrado o retorno do aprendizado. Todos entraram em minha vida para somar, porém faz-se necessário ressaltar uma que contribuiu de maneira especial na construção dessa dissertação, a minha orientadora Professora Doutora Cláudia Maria Costa Gomes, exemplo único de competência e ética dentro de um espaço onde a disputa intelectual impera, e muitas vezes de maneira deletéria. A ela também agradeço por ter me aceitado no momento em que me vi perdida, sem rumo em meio a tantos *nãos*, justificados por “motivos pessoais”.

Aos amigos mestres da turma de 2009, por terem me acolhido quando eu ainda não integrava o meio intelectual dos mestrados, era apenas uma aluna especial. E a minha turma de mestrado 2010, que contribuiu nos debates travados dentro e fora da sala de aula, nos momentos de produção acadêmica em congressos e nos artigos científicos.

As Assistentes Sociais que colaboraram na participação da coleta dos dados dessa pesquisa, as quais mesmo apreensivas com o resultado da realidade que possivelmente seria constatada, não se eximiram em participar e mostrar a que condições de trabalho estão sendo constantemente submetidas.

As professoras doutoras Moema Amélia Serpa Lopes de Souza e Ana Paula Rocha de Sales Miranda que integraram a banca examinadora, agradeço pela disponibilidade, compreensão e contribuição intelectual nesse estudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), órgão que por meio do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) concedeu-me bolsa de estudo indispensável à manutenção das condições materiais para a realização desse estudo e publicações que antecederam a finalização da mesma.

A todos (as) meu muito obrigada.

Quem teve a idéia de cortar o tempo em fatias, a que se deu o nome de ano, foi um indivíduo genial. Industrializou a esperança, fazendo-a funcionar no limite da exaustão. Doze meses dão para qualquer ser humano se cansar e entregar os pontos. Aí entra o milagre da renovação e tudo começa outra vez, com outro número e outra vontade de acreditar que daqui pra diante vai ser diferente.

Cortar o tempo

Carlos Drummond de Andrade

CAMPOS, S.A.G. **A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: as condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF.** João Pessoa, 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 163 p. UFPB/PPGSS/CCHLA.

RESUMO

Considerando o atual contexto da força de trabalho, o estudo discute o rebatimento da precarização no processo, nas relações e condições de trabalho do Assistente Social inserido nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família dos municípios paraibanos de João Pessoa, Campina Grande, Cabedelo, Conde, Mamanguape e Santa Rita. Para isso, recorremos aos argumentos teóricos capazes de avançar na compreensão da problemática identificada na realidade com a execução da pesquisa junto as profissionais entrevistadas. O constructo de transformações ocorridas no decorrer dos anos noventa na realidade brasileira da gestão da força de trabalho do setor público, com a contrarreforma do aparelho estatal, repercutiu num processo de desregulamentação do arcabouço normativo de seus trabalhadores. No âmbito da saúde essa conjuntura teve como uma das resultantes as medidas de descentralização dos serviços de atenção básica, racionalizando a esfera federal ao transferir atribuições e competências antes suas para os Estados e municípios. Assim, essa lógica penetra na conformação do trabalho em saúde incorporando as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial que tem direcionado a uma crescente precarização do trabalho nos serviços de saúde. As análises das particularidades que envolvem a precarização do trabalho das Assistentes Sociais no NASF apontaram para a importância em se desvendar mecanismos de luta pela melhoria das relações e condições de trabalho a que essas profissionais estão submetidas.

Palavras-chave: Precarização, NASF, Assistente Social.

CAMPOS, S.A.G. **THE PRECARIOUSNESS WORKFORCE IN PUBLIC HEALTH:** conditions and labor relations of Social Workers of the NASF. João Pessoa, 2012. Dissertation (Masters in Social Work). 163 p. UFPB / PPGSS / CCHLA.

ABSTRACT

Considering the current context of the labor force, this study discusses the precarious nature of the folding process, relationship and working condition of the social worker teams entered in the Support Center for Family Health of the municipalities of Joao Pessoa Paraiba, Campina Grande, Cabedelo, Conde, and Santa Mamanguape Rita. The construct of changes during the nineties in reality the management of the workforce in the public sector, with contrareforma the state apparatus, reflected a process of deregulation of the normative framework of their workers. In health this situation was as a result of the measures of decentralization of primary care services, streamlining the federal level by transferring powers and tasks prior to their states and districts. Thus, this logic penetrates the conformation of health work incorporating the changes in the world of work and the world economy that has driven the increasing precariousness of work in the health services. For this, we used the theoretical arguments capable of advancing our understanding of the problems identified with actually performing this research with the professionals. The analysis of the peculiarities surrounding the precarious work of Social Workers in Nucleus pointed to the importance in unraveling mechanisms fight for better working conditions and relationships that these professionals are subjected, in the current configuration of the NASF studied.

Keywords: Insecurity, NASF, Social Worker.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa dos **municípios paraibanos com NASF implantados** no ano de 2011 – Secretaria Estadual de Saúde.

25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dados da pesquisa no NASF quanto à idade das Assistentes Sociais	104
Gráfico 2 - Dados da pesquisa no NASF quanto à temática da especialização	107
Gráfico 3 - Dados da pesquisa no NASF quanto às estratégias, instrumentos e técnicas utilizados no trabalho profissional	118
Gráfico 4 - Dados da pesquisa no NASF quanto às modalidades de atividades coletivas desenvolvidas	121
Gráfico 5 - Dados da pesquisa no NASF quanto ao motivo por não atender a todas as demandas a elas dirigidas	123
Gráfico 6 - Dados da pesquisa no NASF quanto à alternativa tomada para atender ao excedente de demanda	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo das Assistentes Sociais integrantes da delimitação amostral.	26
Tabela 2 - Dados do cruzamento do local de moradia com o local de trabalho das Assistentes Sociais do NASF.	104
Tabela 3 - Dados da pesquisa no NASF quanto ao tempo de serviço.	108
Tabela 4 - Dados referentes ao quantitativo de equipes Saúde da Família vinculada ao NASF.	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo do **ano de implantação do NASF e o quantitativo de equipes NASF** nos municípios da região metropolitana de João Pessoa e o município de Campina Grande.

24

Quadro 2 - Dados referentes **ao cruzamento das informações sobre o tempo de serviço no NASF com o vínculo.**

129

LISTA DE SIGLAS

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social.

APS - Atenção Primária à Saúde.

BM – Banco Mundial.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

EC – Emenda Constitucional.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

FHC – Fernando Henrique Cardoso.

FMI – Fundo Monetário Internacional.

GES – Gerência de Educação em Saúde.

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MARE – Ministério da Administração e da Reforma do Estado.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NOB – Norma Operacional Básica.

OMC – Organização Mundial do Comércio.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

ONU – Organização das Nações Unidas.

OS – Organizações de Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PDRE - Plano Diretor de Reforma do Estado.

PSF – Programa Saúde da Família.

REJU - Regime Jurídico Único.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba.

UFPB - Universidade Federal da Paraíba.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 - A CRISE DO CAPITAL, OS DESDOBRAMENTOS PARA A FORÇA DE TRABALHO E A PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO.....	28
1.1 - A crise contemporânea na dinâmica restauradora do capital	29
1.2 - A repercussão das mudanças no processo de produção para a força de trabalho.....	38
1.3 - A precarização das relações e condições de trabalho.....	55
CAPÍTULO 2 – A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA O ASSISTENTE SOCIAL	65
2.1 – A contrarreforma do Estado e os impactos na (des)regulamentação do trabalho.....	66
2.2 – A precarização do trabalho no campo da saúde	79
2.3 – O Assistente Social em tempo de precarização do trabalho	89
CAPÍTULO 3 – AS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF: os reflexos da precarização no processo, nas condições e relações de trabalho	102
3.1 - O perfil das Assistentes Sociais do NASF	103
3.2 – Apresentando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família a partir da percepção das Assistentes Sociais.....	108
3.3 – As Assistentes Sociais no contexto de precarização do NASF.....	115
3.3.1 – O processo de trabalho das Assistentes Sociais do NASF.....	115
3.3.2 - As relações de trabalho das Assistentes Sociais do NASF	126
3.3.3 - As condições de trabalho das Assistentes Sociais do NASF.....	135
CONCLUSÃO	145
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A problemática identificada para a elaboração dessa dissertação intitulada A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: as condições e relações de trabalho dos Assistentes Sociais do NASF; advêm de reflexões acerca das transformações ocorridas nos processos, nas relações e condições de trabalho que tem recaído sobre a força de trabalho com a intensificação da precarização, e considerando o Assistente Social partícipe desse contexto, termina também sofrendo seus determinantes.

A reorganização do capitalismo após a eclosão de cada nova crise modifica as suas estratégias de dominação nos diferentes espaços sociais. O desdobramento da crise iniciada nos anos 1970 gerou uma série de mudanças cujos efeitos não foram de um todo positivos para aqueles que vendem sua força de trabalho. Dentre as reações lançadas, o processo de reestruturação produtiva alterou de maneira significativa o modo de produção, com vistas a dotar o capital do arsenal necessário para retomar as taxas de lucratividade e expansão capitalista.

Nesse contexto, a face política da crise instalada buscou nos ideários do neoliberalismo os preceitos para sua recomposição, através dos mecanismos de privatizações, abertura ao capital externo e os ataques aos direitos e garantias historicamente conquistados pelos trabalhadores em tempos pretéritos. Com isso, está posto o ambiente fecundo às estratégias de redução nos custos e de intensificação na expropriação da força viva de trabalho. Uma lógica peculiar às linhas de produção fabril que após o advento da reestruturação produtiva invade também a esfera da administração pública do Estado brasileiro ostentado pelo discurso da necessidade de reforma.

O contexto atual se expressa sob a égide da mundialização financeira do capital e a presença de um Estado diminuto em sua base social, mas central no atendimento às requisições do capital, auxiliando na estabilização “da anarquia do mercado” por meio dos recursos advindos das mais diversas fontes. Com isso, muda a “direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro” (IAMAMOTO, 2008, p. 123).

O resultado desse processo, associado às mudanças no modo de produção, na conformação brasileira, rebate incisivamente sobre o conjunto da força de trabalho, tendo como uma de suas implicações a desregulamentação dos direitos trabalhistas, inclusive para os trabalhadores do setor público. A presença dos vínculos precários e a ausência de condições de trabalho passam a acompanhar as manifestações da precarização na área da saúde. E sendo o Assistente Social um trabalhador assalariado e inserido nesse contexto, também se torna vulnerável às novas formas de produção e de relação entre capital, trabalho e o Estado.

Com isso, o trabalho do Assistente Social é tencionado pela relação de compra e venda da sua força de trabalho (RAICHELIS, 2011), e submetido ao processo de precarização que perpassa a realidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sendo esse serviço integrante do âmbito público da saúde, suas condições e relações de trabalho permeiam também as mudanças ocorridas no seio da esfera estatal brasileira, a qual desregulamentou o trabalho protegido e ampliou as necessidades dos usuários da saúde, integrando as próprias contradições do SUS.

A delimitação dessa problemática partiu de algumas inquietações identificadas em artigo científico, o qual serviu de instrumento avaliativo para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, intitulado *A Inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família*. Foram identificadas nesse estudo bibliográfico que as limitações para a inserção desse profissional permeavam desde a falta de dispositivos de avaliação e monitoramento de suas ações capazes de ressaltar a sua necessidade até a dificuldade de referenciar as demandas imediatas dos usuários aos outros níveis de complexidade. Então afloraram algumas indagações que auxiliaram na busca pelo objeto desse estudo: Será que a limitação da inserção do Assistente Social na atenção básica reside unicamente nesses aspectos? E o NASF, como vem absorvendo esses profissionais? Quais as particularidades que esse Núcleo tem para admitir a inserção do Serviço Social em suas equipes que a ESF não possui?

Dessa forma, a base de sustentação deste estudo centra em apreender o rebatimento da precarização das relações e condições de trabalho sobre a força de trabalho do Assistente Social inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tendo por objetivos específicos: investigar as mudanças ocorridas no processo de produção que repõe a força de trabalho processos, relações e condições de trabalho

precárias; examinar como a precarização adentra a esfera administrativa do Estado brasileiro, evidenciando seus efeitos para o trabalhador; identificar como a lógica da desregulamentação e descentralização penetra na política pública de saúde brasileira; analisar as dimensões da precarização do trabalho do Assistente Social no contexto do NASF.

Para avançarmos na reflexão desses objetivos, traçamos algumas questões capazes de nortear a apreensão do real pesquisado, com vistas a esclarecer a problemática central:

- Como o Assistente Social compreende o Núcleo de Apoio à Saúde da Família a partir de seus dispositivos normativos?
- Quais as conformações que assumem os processos, relações e condições de trabalho do Assistente Social no NASF?
- De que forma os Assistentes Sociais do NASF veem enfrentando o processo de precarização nas condições de trabalho?

Para o percurso de apreensão teórica do objeto de estudo estabeleceu-se como mediação a pesquisa bibliográfica e documental, um procedimento inicial que foi fundamental no momento de capturar a realidade das expressões condizentes com os objetivos anteriormente apresentados, pois empiricamente eles não se revelariam por si só, sendo necessária a compreensão teórica anteriormente.

Assim, para a coleta dos dados utilizamos como instrumento a aplicação do roteiro de entrevista semiestruturada¹. No momento de exposição, as informações foram tabuladas e para a elaboração dos gráficos e tabelas utilizamos o programa Microsoft Excel, para os dados de referência cruzada, o banco de dados do Microsoft Access, ambos de 2007. As informações coletadas durante as entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico, mediante a permissão do(a) entrevistado(a) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹O roteiro de entrevista, constante nos apêndices dessa dissertação, condiz com o instrumento aplicado na íntegra junto às entrevistadas, porém nessa dissertação não foi colocado todos os dados por exceder o necessário ao estudo. Nele também consta o título inicial dado a essa dissertação, o qual foi modificado por ter sobressaído às expressões da precarização nas relações e condições de trabalho das Assistentes Sociais dos NASF pesquisados. Além disso, a abordagem da problemática inicial extrapolaria os requisitos necessários a um estudo dissertativo e necessitava de uma abordagem anterior acerca da precarização para depois analisar como ela incide no compromisso dos Assistentes Sociais com os direitos sociais, ficando assim para estudos futuros.

Este estudo foi respaldado nas normas éticas da pesquisa aplicada a seres humanos, como recomenda o Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da resolução 196/96, no que se refere ao sigilo das informações coletadas, da preservação do anonimato dos entrevistados e do esclarecimento da mesma aos participantes mediante a leitura do referido Termo. A execução da pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e liberação das devidas pelas Secretarias de Saúde dos municípios integrantes da pesquisa.

A delimitação do universo abrangeu os municípios da região metropolitana de João Pessoa, a qual, segundo as Leis Complementares do Estado da Paraíba nº 59/2003 e nº 90/2009, está circunscrita por Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã e Pitimbú.

Além dos municípios que compõem a referida região, foi incluído também o município de Campina Grande. Isso ocorreu por dois motivos: o primeiro condiz com a significativa redução no quantitativo de profissionais a serem entrevistados, constatada após o levantamento e delimitação amostral, pois nem todos os municípios elencados acima contavam com NASF implantado e com Assistente Social atuando a mais de um ano, como ficou delimitada na amostra, explanada a seguir. O segundo motivo refere-se ao histórico de luta por espaço ocupacional na Atenção Básica de Saúde que os profissionais de Serviço Social têm nesse município, além de representar o segundo município da Paraíba com maior inserção de Assistentes Sociais nos NASF, perdendo apenas para a capital paraibana.

Os municípios foram mapeados, inicialmente, por meio de contatos telefônicos junto as Secretarias de Saúde de cada localidade. Posteriormente verificamos *in lócus* para a confirmação das informações passadas nas ligações, ou seja, foram feitas visitas a cada um dos treze municípios elencados acima para constatar a veracidade das informações, uma vez que ocorreu em erro/ocultação de algumas informações colhidas nos contatos preliminares.

Dessa forma, concluiu-se um quantitativo amostral de oito municípios com NASF implantado (João Pessoa, Cabedelo, Santa Rita, Mamanguape, Conde, Campina Grande, Bayeux, Caaporã) e cinco municípios que não o possuem por motivos diversos como: não atender aos requisitos populacionais para implantação (Lucena), outro por estar em fase de elaboração do projeto de adesão/implantação

(Alhandra, Cruz do Espírito Santo, Pitimbú), e outro por já ter o projeto aprovado, mas ainda não o implantou (Rio Tinto²).

Mas antes, é de suma importância ressaltarmos alguns aspectos identificados no momento da delimitação dos municípios que compuseram os locais de pesquisa. Constatou-se que nas cidades de Bayeux e Caaporã existe NASF, porém em nenhum deles o Assistente Social faz parte da equipe, e as justificativas foram as mais absurdas possíveis:

Não temos Assistente Social no NASF porque a população não solicitou esse profissional, foi apenas de Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Médico especialista (pediatra), Fisioterapeuta e Educador Físico. Essas solicitações também surgiram da dificuldade dos profissionais do PSF referenciar as demandas que surgiam na unidade. E a demanda maior aqui do município é de idoso, hipertenso, diabéticos e crianças. (Entrevistada da Secretária de Saúde de Bayeux).

A justificativa apresentada pelo município de Bayeux, citada acima, não condiz nem mesmo com a própria Portaria 154/2008 e muito menos com o Caderno do Ministério da Saúde que estrutura o NASF. Neles constam que compete ao Gestor Municipal definir “os profissionais que irão compor cada tipo de NASF, [...], seguindo, entretanto, critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações” (BRASIL, 2009, p. 20).

Além disso, as demandas apontadas pela entrevistada também são abordadas pelo Serviço Social, naquilo que compete o seu núcleo de saber, como explica o recente documento elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS intitulado *Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (2010):

Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica. (Ibid., Idem, p. 52).

²Em recente visita ao município de Rio Tinto constatou-se que foi implantado no início do ano de 2012 um NASF, funcionando em espaço dividido com outro novo serviço de saúde naquela localidade, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Dessa forma, podemos inferir que a luta pela consolidação de um espaço ocupacional como o NASF não deve ser construído a espera de gestores ou outros profissionais, e sim pelo embate travado dentro da própria profissão junto aos seus órgãos representativos, como ocorreu na realidade do município de João Pessoa no início da implantação desses Núcleos.

Assim, como a identificação da necessidade dessa categoria dentro do Núcleo não depende apenas da população ou de outras categorias profissionais, mas também dos gestores municipais, uma vez que a própria Portaria 154/2008 de criação do NASF estabelece como função do gestor municipal a ampliação ou não da equipe de profissionais a trabalharem no Núcleo.

Já a justificativa do município de Caaporã foi ainda mais complacente:

Não temos Assistente Social no NASF porque aqui é NASF 1 e nele não existe o Assistente Social. (Entrevistado do município de Caaporã).

A justificativa fornecida pelo município é ainda mais insana, uma vez que tanto na Portaria 154/2008 de criação do NASF quanto no Caderno do Ministério da Saúde coloca o Assistente Social inserido nas duas modalidades de NASF, tanto o 1 quanto o 2 e o 3 a mais nova modalidade.

Diante dessa realidade, optamos pela amostra não probabilística intencional, selecionando 46% do universo dos municípios, são eles: João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita, Cabedelo, Conde, Mamanguape. Esse percentual foi elencado tomando por critérios: possuir NASF implantado no município a mais de um ano e ter Assistente Social atuando na equipe NASF por no mínimo um ano. Esse último critério foi colocado devido à rotatividade dos profissionais da equipe, pois em muitos casos a inserção deles nesse serviço não ocorre por meio de concurso público, comprovado na própria pesquisa e em estudos anteriores como o de Oliveira (2010). Sendo assim, sem tal critério correríamos o risco de incluir profissionais não experientes o suficiente para atender os objetivos do estudo.

Nesse tipo de amostra o pesquisador se direciona a determinados elementos/informações da população que possam ser representativas de um todo. Ou seja, possibilita analisar uma realidade representativa do universo, uma vez que ela “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas

informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 1999, p. 104).

A aproximação com os sujeitos da pesquisa ocorreu a partir das Secretarias de Saúde de cada localidade em específico, onde foi fornecido o contato telefônico de cada profissional, realizada a ligação e posteriormente estabelecido o vínculo que viabilizou a execução das entrevistas no local de trabalho.

A base temporal da coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2011, nos municípios de Campina Grande, Conde, Santa Rita, Mamanguape e Cabedelo. E nos meses de janeiro, fevereiro e primeira semana de março de 2012, no município de João Pessoa. Essa distinção no período referente à capital da Paraíba ocorreu por motivos burocráticos, pois o setor responsável pela liberação da pesquisa (Gerência de Educação em Saúde (GES)) resolveu não aprovar a realização da pesquisa, mesmo após a emissão do Termo de Anuência e da apresentação, ao referido setor, da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética do HULW. Tudo isso representou um significativo atraso na finalização da coleta dos dados, mas não prejudicou na compreensão da dinâmica do real.

Retomando a delimitação amostral, é importante ressaltar que a distribuição dos profissionais normalmente é feita por equipes compostas por especialidades como: Assistente Social, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Pediatra, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Acupunturista, Psiquiatra, Ginecologista e Homeopata, podendo ocorrer à reincidência de uma mesma categoria, em equipes diferentes, em um mesmo município.

Na realidade de João Pessoa, os profissionais que compõem as equipes são distribuídos nos territórios com a denominação de Apoiadores, atuando em duplas ou trios, com formação entre eles não coincidentes³. Abaixo apresentamos um quadro demonstrativo do ano de implantação e a quantidade de equipes integrantes dos NASF nos municípios.

³As especificidades do funcionamento do NASF de João Pessoa serão detalhadas com a apresentação e análise dos dados coletados na pesquisa. Assim, retomaremos essa particularidade mais adiante.

Quadro 1: Demonstrativo do ano de implantação do NASF e o quantitativo de equipes NASF nos municípios da região metropolitana de João Pessoa e o município de Campina Grande.

MUNICÍPIOS	ANO DE IMPLANTAÇÃO DO NASF	QUANTITATIVO DE EQUIPES NASF
João Pessoa	2008	Distrito Sanitário 1: 31 apoiadores Distrito Sanitário 2: 24 apoiadores Distrito Sanitário 3: 35 apoiadores Distrito Sanitário 4: 20 apoiadores Distrito Sanitário 5: 20 apoiadores
Campina Grande	2009	9 equipes NASF
Mamanguape	2009	2 equipes NASF
Conde	2009	1 equipe NASF
Cabedelo	2008	2 equipes NASF
Santa Rita	2008	3 equipes NASF
Caaporã	2009	1 equipe NASF
Bayeux	2009	3 equipes NASF

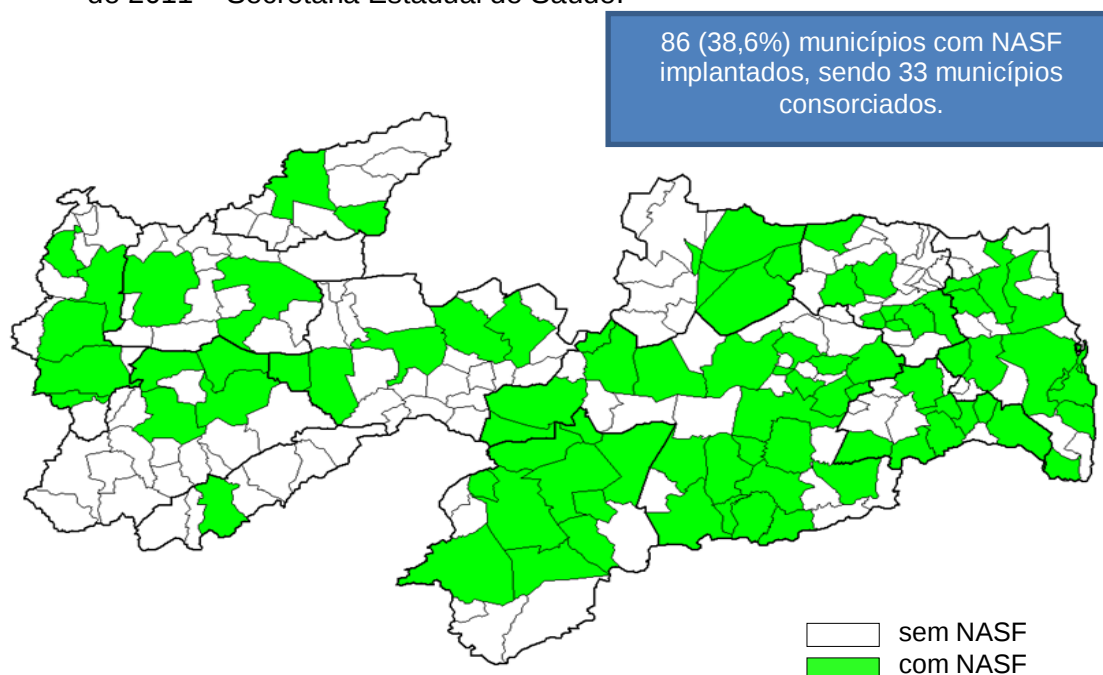
Fonte: pesquisa realizada junto as Secretarias Municipais de Saúde nos anos de 2011 e 2012.

Nota: Rio Tinto, Lucena, Cruz do Espírito Santo, Pitimbú, Alhandra, não estão no quadro, pois não apresentaram dados.

Considerando que o Estado da Paraíba possui 86 (38,6%) municípios com NASF implantados até o ano de 2011, segundo dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (mapa apresentado abaixo), sendo desses 33 consorciados, é um número expressivo de equipes a ser investigada em uma pesquisa de mestrado.

Assim, ao delimitarmos a amostra aos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita, Mamanguape, Cabedelo e Conde, recortamos um quantitativo de 7% do total de 38,6% de municípios com NASF implantado até o ano de 2011.

Figura 1: Mapa dos municípios paraibanos com NASF implantados no ano de 2011 – Secretaria Estadual de Saúde.



Fonte: registro interno da Secretaria Estadual de Saúde no ano de 2011.

É importante destacarmos algumas particularidades na distribuição amostral identificadas após as visitas *in locus*. Os profissionais dos municípios de Mamanguape, Cabedelo e Conde entraram na amostra em sua totalidade prevista na delimitação, pois todos os Assistentes Sociais atendiam ao requisito de trabalhar no mínimo um ano no NASF. Já nos municípios de Santa Rita e João Pessoa havia profissionais com menos de um ano de atuação, não podendo ser incluídos no estudo.

Quanto à redução no quantitativo da cidade de Campina Grande ocorreu por motivos outros, como a recusa em participar da entrevista, assim como o não atendimento aos contatos telefônicos realizados durante todo o mês da coleta. O quantitativo final dos Assistentes Sociais integrantes da pesquisa está representado na tabela abaixo.

Tabela 1: Demonstrativo das Assistentes Sociais integrantes da delimitação amostral.

MUNICÍPIOS	ASSISTENTE SOCIAL DO NASF	INTEGRANTES DA PESQUISA
João Pessoa	13	7
Campina Grande	9	6
Conde	1	1
Santa Rita	3	1
Mamanguape	2	2
Cabedelo	2	2
TOTAL	30	19

Fonte: pesquisa realizada junto as Secretarias Municipais de Saúde nos anos de 2011 e 2012.

É importante ressaltar que na exposição dos dados coletados todas as informações apreendidas com as entrevistas foram tabuladas em gráficos e tabelas únicos, apesar de compreendermos que a realidade não se manifesta de maneira uniforme em todos os espaços. As especificidades de cada município foram colocadas separadamente quando assim necessárias.

Esse recurso foi primordial para preservar as questões éticas (anonimato das entrevistadas, o sigilo das informações), pois ao retratarmos a realidade de cada município em particular poderíamos prejudicar aquelas entrevistadas que foram as únicas representativas do município. Ou seja, por termos dois municípios (Conde e Santa Rita) com apenas uma entrevistada, ao particularizarmos o relato a partir da distinção municipal o profissional poderia sofrer represálias uma vez que facilmente seria identificado, contrariando os objetivos e finalidades da pesquisa científica.

De posse de tais prerrogativas, esta dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro abordará o alcance e o significado das transformações sofridas na esfera da produção, destacando seus impactos na recondução da força de trabalho no atual contexto de precarização nas relações e condições de trabalho. Também realizaremos uma inferência nas particularidades que envolveram a crise do pós anos 1970 e os mecanismos utilizados pelo capital no enfrentamento dela. Esse enfoque é ponto de partida para compreendermos as determinações à força de trabalho no atual contexto de mundialização do capital, auxiliando na compreensão dos fatores reveladores do processo de precarização.

No segundo capítulo abordaremos a reorganização do Estado brasileiro com a reforma administrativa empreendida no governo de Fernando Henrique Cardoso

(FHC), a qual implicou em uma nova gestão da força de trabalho na esfera pública baseada em formas menos onerosas de contratação. As relações de trabalho a partir desse contexto assumiram as características da flexibilização e desregulamentação dos direitos conquistados em tempos pretéritos. No campo da saúde, a contrarreforma provocou mudanças redimensionando as ações para estratégias de descentralização, transferindo aos municípios responsabilidades em saúde como a implantação dos serviços e programas direcionados ao fortalecimento da atenção básica. O trato da força de trabalho nesse setor é evidenciado com a criação, em 2003, do Programa Desprecariza SUS enquanto um dispositivo introdutor da visão do Estado sobre a precarização do trabalho, mas que não foi o suficiente para anular ou superar tal condição. O Assistente Social na área da saúde entra nesse debate enquanto um trabalhador assalariado, submetido também às mudanças no trabalho. Dessa forma, as inflexões decorrentes da precarização atingem esse profissional substantivamente em suas condições e relações de trabalho.

No terceiro capítulo desenvolveremos a síntese das análises teóricas associadas às informações empíricas, coletadas com a execução da pesquisa, assinalando as complexas relações que permeiam a vivência, o enfrentamento e a superação das relações e condições de precariedade atualmente experienciadas por elas no trabalho em saúde.

E na sequência, apresentaremos a conclusão apontando as tendências identificadas na realidade empírica das Assistentes Sociais inseridas no NASF. É necessário alargar as bases de discussão das condições e relações de trabalho na qual esses profissionais estão submetidos, pondo-os enquanto um trabalhador assalariado que também sofre com as determinações do mundo do trabalho, para assim fortalecer a busca por melhores condições e relações de trabalho.

CAPITULO 1

A CRISE DO CAPITAL, OS DESDOBRAMENTOS PARA A FORÇA DE TRABALHO E A PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

1.1 – A crise contemporânea na dinâmica restauradora do capital

O desdobramento da crise contemporânea do capital, propalada na reestruturação intensa da produção e do trabalho, fez moldar um cenário mundial caracterizado pela acentuação do processo de pauperização e degradação social.

As recorrentes crises na dinâmica do capitalismo são inelimináveis e indicam o quanto é instável o seu desenvolvimento. Longe de ser algo natural, as contradições inerentes a esse modo de produção se expressam nas crises. Por meio delas o capital se recicla, reorganiza as suas estratégias de produção e reprodução social.

O desequilíbrio entre produção e consumo, em momentos de crise, compromete a realização do capital⁴, por ser um processo que se efetiva com a venda das mercadorias produzidas capitalisticamente. Ou seja, quando se produz mais mercadorias do que o poder de compra da população, se afeta o processo de acumulação, uma vez que não basta apenas produzir mercadorias, elas devem ser transformadas em dinheiro, rapidamente, para assim retornarem ao incessante processo de acumulação do capital, representado pela produção, circulação e consumo (MOTA, 2009).

As crises não possuem a capacidade de conduzir esse modo de produção ao colapso ou mesmo a sua própria destruição. Por elas deflagram-se mudanças significativas, principalmente no que tange as requisições a força de trabalho, sejam elas no interior da ordem ou em direção a um processo revolucionário, dependendo das condições objetivas e das forças sociais em confronto. Isso ocorre por serem funcionais ao modo de produção, “constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis, assegurando, assim, a sua continuidade” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 162).

Sendo assim, particularizaremos os aspectos que envolvem a crise contemporânea, por compreendermos não ser possível analisar o complexo conjunto das atuais mudanças capitalistas nas formas de organização dos processos de

⁴ A qual pode ser representada pela fórmula geral do capital: $D - M - D'$ (Marx, 1996); em que o capitalista investe dinheiro na produção de mercadorias objetivando obter mais dinheiro do que investiu – “a mercadoria produzida só se realiza quando pode ser convertida em (mais) dinheiro” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 158). Quando se interrompe esse movimento tem-se a crise, pois a mercadoria produzida não se transforma em mais dinheiro, barrando o processo de acumulação do capital.

trabalho, da difusão do desemprego, das alterações estruturais do Estado e das formas de intervenção política das classes subalternas, sem antes apreendermos a natureza que concebe tal processo e coloca como alternativa de superação a reestruturação produtiva.

Embasando-nos nas análises de Ruy Braga (1996) em seu livro sobre a *Restauração do capital*, podemos inferir que a crise atual reflete como um fenômeno orgânico que assume múltiplas formas de concreção, nas quais o capitalismo objetiva atualizar suas estruturas de domínio, restabelecendo a unidade necessária, envolvendo exigências internacionais à acumulação e demandas nacionais por legitimação de sua moderna ordem.

A crise orgânica do capital “aponta para um processo reativo e auto-acomodativo a partir do qual a subalternidade das classes trabalhadoras logra ser tendencialmente redefinidas” (Ibidem, p. 223). Esse processo tem por suporte o neoliberalismo, uma vez que proporciona visibilidade as ofensivas dos mercados financeiros, justificando ideologicamente as privatizações e promovendo a retração dos programas de proteção social.

O capitalismo, a partir dos anos 1970 com a crise do petróleo, passa a experimentar um conjunto de alterações. Essas tendiam a articular a chamada Revolução Informacional a um processo agudo de deslocamento de parte do processo produtivo para regiões onde a força de trabalho era barateada e a composição de classe não oferecia resistência ao processo de acumulação capitalista.

Um processo já presente desde o imediato pós-guerra até o final da década de 1960, num contexto de Welfare State e do método de produção fordista, com a transferência massiva de indústrias de locais onde a força de trabalho era cara e os assalariados organizados, para áreas de tradição reivindicativa frouxa e partidos socialistas pouco expressivos. Uma metodologia cujo pré-requisito se apresentava na viabilidade econômica.

Articular automação de base microeletrônica e caráter informacional a um processo cada vez mais agudo de aparente descentralização do trabalho/concentração do poder capitalista sobre a economia e a sociedade (desemprego, trabalho clandestino, dispersão territorial da produção) e a precarização do estatuto reprodutivo do assalariado industrial e de serviços, objetivando, em última análise, atacar a

composição de classe do operariado massificado e intercambiável (BRAGA, 1996, p. 158).

Neste sentido, a crise aponta na direção de uma ruptura violenta dos vínculos que atavam as classes subalternas, sejam elas dos países imperialistas ou de capitalismos subalternizados.

A reorganização do processo de produção de mercadorias, marcada pelo avanço da revolução tecnológica, passa a representar um conjunto de profundas transformações do capitalismo desde o desenvolvimento do padrão de produção fordista/taylorista.

As classes dominantes assumem a tarefa de erigir contratendências que retardem as consequências da queda da taxa de lucros, intensificando os métodos de trabalho, modificando as formas de vida operária, multiplicando o desenvolvimento das forças produtivas, engendrando as bases políticas e sociais que as possibilitem apresentarem seus interesses particulares como universais (BRAGA, 1996). São ações que atualizam a hegemonia das classes dominantes em conjunturas de crise.

Nos escritos de Gramsci (2001) em *Americanismo e Fordismo*, o modo de organizar a produção ficou explicitado ao considerar que o taylorismo/fordismo não deve ser examinado somente enquanto um método de gestão do processo de trabalho e sim como um padrão de regulação e autoridade que atinge não só o processo de trabalho como também a vida cotidiana dos trabalhadores.

Esse padrão elaborou mecanismos de coerção e consenso que, através de normas e hábitos, persuadiram a classe operária afastando-os do perigo da revelia do sujeito. A persuasão invadia os espaços mais íntimos e subjetivos do trabalhador, controlando a vida dos indivíduos duplamente: na forma acentuada de mercantilização da satisfação de necessidades e no controle do comportamento moral dos trabalhadores.

No período fordista, além da instituição de um novo modelo de organização da sociedade, estabelecendo novos padrões de produção e reprodução do capital, fez surgir um determinado tipo de homem. Esse, ao exteriorizar sua interioridade, condicionou a reprodução e produção de determinadas estruturas objetivas, formando um tipo específico e singular de sociedade, que Gramsci (2001) a denominou de americanismo, uma sociedade baseada na hegemonia que nascia

nas fábricas fordizadas e invadiu a vida dos trabalhadores formando uma nova cultura.

Portanto, podemos inferir, de acordo com as análises de Gomes (2007) acerca da *Centralidade do direito na cultura política contemporânea*, que toda a carga ideológica de alta eficácia e expansão ativa e histórica produzida pelo fordismo representou um processo de passivização das conquistas democráticas das classes subalternas.

A direção de um projeto hegemônico no qual as classes subalternas, como forças antagônicas em presença no interior da organização social, passam a ser integradas como partícipe no processo de produção do consentimento das classes, permitindo que se realizasse de forma histórica uma verdadeira “revolução passiva”⁵ (Ibidem, p. 104).

Isso expressou à capacidade hegemônica, política e cultural da burguesia de enraizar suas estratégias de absorver bandeiras de lutas, integrando à sua própria racionalidade importante elemento da concepção e necessidade do novo protagonista, fundindo, via transformismo⁶, os elementos de seu programa e parte de seus intelectuais.

É ações, como as refletidas em cada momento de crise vivenciada pelo capital, que a classe dominante recompõe suas bases de dominação, orientando contratendências que quebram a construção de um sujeito revolucionário, de uma perspectiva de ruptura histórica revolucionária.

⁵ A autora considera a revolução passiva enquanto uma chave interpretativa na obra de Gramsci “para identificar um caso específico de “revolução sem revolução”, em épocas históricas de complexas transformações e de iniciativas hegemônicas” (GOMES, 2007, p. 104). Para Braga (1996) essa categoria traduz uma classe social, a burguesa, “que para nascer de todo teve que aliar-se precisamente com o seu adversário histórico”, a massa proletária e camponesa.

⁶ A categoria transformismo, analisada por Gramsci, pode ser compreendida sinteticamente como o processo de cooptação dos dirigentes das classes subalternas (sejam eles elementos ativos ou grupos inteiros) por parte da classe dominante, passando a defender a estrutura do poder vigente. “O transformismo faz parte do exercício da hegemonia no contexto da democracia burguesa e consolida a ação e a direção intelectual, moral e política dos intelectuais do grupo dominante” (SCHLESNER, 2009, p. 212). A consequência deste processo se mostra na destruição da força política das classes subalternas, deixando acéfalos os grupos dominados ao decapitar suas lideranças, desarticulando os grupos antagonistas e semeando a desordem no terreno adversário. Superar o transformismo implica em gerar “novos mecanismos políticos que possibilitem a ampla participação da sociedade no processo de decisão política” (Ibidem, p. 216).

Com isso, instaura-se uma nova etapa na produção e reprodução do capital no decorrer da década de 1980. A mundialização do capital, a qual impeliu novas exigências que, apesar de favorecer a continuidade do sistema, produziu e agravou os problemas socioeconômicos. Nessa conformação do capitalismo foi deflagrada uma acirrada ofensiva contra a instituição do trabalho assalariado, aquele obtido através da compra e venda da força de trabalho no mercado.

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

Assim, um amplo contingente da força humana disponível para o trabalho ou se encontra exercendo trabalhos parciais, precários, temporários, ou já vivenciam a barbárie do desemprego, como nos esclarece Antunes (2009). Constata-se uma nítida ampliação de modalidades de trabalho mais desregulamentadas, distantes e mesmo burladoras da legislação trabalhista, incorrendo numa massa de trabalhadores que saem da condição de possuidores de carteira assinada para empregados despossuidores de direitos trabalhistas.

Um novo tipo de trabalho é configurado, caracterizado pela polivalência e a multifuncionalidade, diferenciado do trabalho especializado desenvolvido na empresa taylorista/fordista, expressando a intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho.

O ano de 1980 ficou conhecido como a década do toyotismo, mas também pode ser considerado a década da financeirização, a qual enfatiza a esfera financeira, se opondo aquela lógica da produção. Um período em que a autora Graça Druck (2011) em seu artigo intitulado *Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos* o considera como a mundialização inédita do capital, caracterizando-se por meio da reestruturação intensa e longa da produção e do trabalho, configurando uma nova fase do capitalismo contemporâneo, compreendida pela intensificação da acumulação de capital.

Um processo de acumulação ilimitada de capital que comanda a sociedade, numa busca insaciável pelo lucro, pela produção do excedente, cada vez mais estimulada pela concorrência intercapitalista no plano mundial. Um processo que dissocia o capital

e as formas materiais de riqueza (valores de uso), conferindo-lhes um caráter abstrato, cuja valorização através do trabalho excedente garante perpetuar-se a acumulação (DRUCK, 2011, p. 41).

O movimento típico que evidencia as metamorfoses nas formas de trabalho e emprego é redefinido sob os auspícios de um modo de trabalho e de vida pautado na flexibilização e na precarização das relações e condições de trabalho. Essas transformações visaram atender as exigências do processo de financeirização da economia.

Sob a evolução da esfera financeira, a esfera produtiva é subordinada, contaminando todas as práticas produtivas e os modos de gerir o trabalho. Para garantir tudo isso, o Estado reintegra a sua função enquanto gestor dos assuntos da burguesia, fragilizando e até mesmo quebrando qualquer empecilho à lógica do mercado.

Com a financeirização (expressão geral das formas contemporâneas de definir, gerir e realizar riqueza no capitalismo) o capital procura se valorizar cada vez mais, sem passar pelo crivo do complexo de produção de mercadorias. Contudo, é na produção que se cria riqueza, a partir da combinação social de trabalho humano, de diferentes qualificações, apesar de ser a esfera financeira que cada vez mais comanda a repartição e destinação social dessa riqueza.

Assim, sob o comando da financeirização ascende-se a conversão da forma dinheiro para a forma capital da riqueza já expropriada do proletariado. Nesse sentido, a produção de mais-valia converte a riqueza já produzida pelo proletariado, e que se encontra sob a forma de dinheiro no bolso dos indivíduos, em capital de outros indivíduos, numa concepção que coloca como o fim único fazer mais dinheiro do dinheiro.

A hegemonia do setor financeiro está associada utilizadas sem nenhuma preocupação com as consequências do aumento do desemprego, ou com os mecanismos viciosos da atual conjuntura regida pelas altas taxas de juros. O, segundo a análise de Chesnais (1996) sobre a *Mundialização do capital*, ao ressurgimento de formas agressivas e brutais de maximizar a produtividade do capital em nível microeconômico, iniciando pela produtividade do trabalho.

O aumento dessa produtividade molda-se por uma combinação de clássicas modalidades de apropriação da mais-valia, tanto absoluta quanto relativa, autor é enfático ao afirmar que “todas as virtudes atribuídas ao “toyotismo” estão dirigidas a

obter a máxima intensidade do trabalho e o máximo rendimento de uma mão-de-obra totalmente flexível” (Ibidem, p. 17).

A lógica do setor financeiro não se restringe apenas ao econômico, ultrapassando e impregnando todos os âmbitos da vida social, transformando-os rapidamente em força de trabalho obsoleta e descartável, necessitando ser substituída por novos e flexíveis trabalhadores. Isso se materializa na agilidade das mudanças, encurtando os prazos, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade do que se produz e daqueles que produzem.

O curto prazo – como elemento central dos investimentos financeiros – impõe processos ágeis de produção e de trabalho, e, para tal, é indispensável contar com trabalhadores que se submetem a quaisquer condições para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças (DRUCK, 2011, p. 42).

Em conformidade com a autora supracitada, é nessa compreensão que reside à chave heurística do novo conteúdo dado a flexibilização e a precarização do trabalho na contemporaneidade, assumindo novas dimensões e configurações. A conjuntura é de homens empregáveis no curto prazo, o tempo necessário estabelecido em precárias formas de contrato e sem estabelecer laços ou vínculos com nenhum lugar.

Ancorar a análise acerca da dinâmica social do capitalismo em compreensões que travam a contemporaneidade como um período de ruptura radical com as relações de opressão e exploração característica do paradigma de produção capitalista, é uma falácia. O domínio do imperialismo⁷ retorna ao cenário contemporâneo com singular particularidade, principalmente nas alterações experimentadas pela economia. Alguns autores, dentre eles Netto e Braz (2008), acrescentam inclusive que o capitalismo contemporâneo se constitui na terceira fase do estágio imperialista.

Nos dias atuais o imperialismo dispõe de um sistema de poder inédito até então, formado por instâncias de poder como o Banco Mundial, o Fundo Monetário

⁷ “Compreendido enquanto um sistema no qual potências centrais, classes dominantes, Estados e oligopólios, desenvolvem e impõe através de mútuas relações de concorrência e cumplicidade, uma lógica de apropriação e subordinação” (BRAGA, 1996, p. 179). A conceituação de imperialismo conferiu coerência a um quadro confuso e desorientador das relações internacionais e das trocas econômicas globais em torno de um eixo central que continua sendo a desigualdade e dominação.

Internacional (FMI), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e as ações militares norte-americanas respaldadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Com isso, o imperialismo exerce uma ditadura ferrenha sobre os países do Terceiro Mundo.

Objetivando recompor a subalternidade social e material das classes e Estados, integrando-os a um amplo e articulado quadro de dominação mundial: austeridade salarial, cortes orçamentários na educação e saúde, privatização de empresas públicas e produção para exportação em prejuízo do mercado interno (BRAGA, 1996, p. 181).

A restauração das bases do domínio imperialista, que na contemporaneidade se apresenta na constituição do mercado mundial de capital-moeda e na manutenção da taxa de lucro, aponta para a interpenetração de capitais de diferentes nacionalidades e a centralização do capital nos países industrialmente desenvolvidos. Isso conduz a formação de Oligopólios Mundiais, onde grandes grupos rivais assumem acordos de cooperação na tentativa de reduzir o atrito causado pela concorrência no mercado mundializado, defendendo o seu espaço contra a entrada de novos concorrentes. Dessa forma, o imperialismo resulta do conjunto das “estratégias privadas de grandes grupos industriais e financeiros, consubstanciado no momento de restauração do capital frente a seu processo de crise orgânica em escala global” (Ibidem, p. 183).

Os programas de ajuste estrutural orientados pelas agências reguladoras fizeram aumentar o fosso que separa as economias ricas das pobres, devido às diversas reestruturações econômicas impostas por eles ao endividamento econômico entre países. O sistema financeiro internacional impõe a vinculação das nações subalternas a uma cartilha econômica pautada na obrigatoriedade de cortes nos gastos sociais (como saúde e educação) e na supressão de políticas compensatórias, vislumbrando o ajustamento, aos moldes do capital financeiro, sobre os rumos dados aos diversos governos. A consequência disso se exprime no intenso processo de empobrecimento, conduzindo a exploração de uma força de trabalho cada vez mais precarizada e barata.

A internacionalização dos preços das mercadorias é outro traço que abrange a fase imperial atual do capital. Ela demarca a separação entre dois mercados de trabalho distintos, países ricos e pobres, caracterizados por uma dualidade na

estrutura salarial e no custo do trabalho. Com isso, diminui-se o preço pago ao produtor direto, aumentando a diferença entre o que se paga ao produtor e o preço na venda final do produto.

Os empréstimos do FMI e Banco Mundial são financiados pelos próprios países subalternos. Inevitavelmente, os governos das nações devedoras são obrigados a efetivar reformas macroeconômicas (compreendendo a desvalorização da moeda, liberalização dos preços e austeridade fiscal) substanciais, postas em prática a partir de reformas estruturais tidas como necessárias afinadas com as imposições dos Fundos.

As medidas de austeridade utilizadas pelos governos devedores em conformidade com o programa de ajuste estrutural, como redução de emprego no setor público e cortes em programas sociais, visam atingir todas as categorias de despesas públicas.

Eliminam-se subsídios aos produtores e serviços fundamentais, com um imediato e evidente impacto sobre o nível salarial. A desregulamentação dos preços dos produtos alimentícios e a liberalização das importações de reservas de comida traduzem-se em traços essenciais desse programa. A fixação do preço do petróleo e derivados, e dos serviços públicos é efetivada sob o controle dos Estados, mas sob rígida supervisão do Banco Mundial. O FMI impõe a compressão salarial mediante a implementação da escala móvel dos salários, ou seja, desindexação salarial acompanhada de liberalização em relação ao mercado, eliminando qualquer cláusula de indexação vinculada ao aumento do custo de vida. (Ibidem, p. 189-190).

Dessa forma, o ajuste estrutural elevou os níveis de miséria e degradação social dos países. A renovada ofensiva do império, que encarna como estratégia a recomposição da subalternidade política e econômica das classes trabalhadoras, determinou profundas mutações nas formas de organização da vida estatal.

Um conjunto de alterações no processo e mercados de trabalho, na composição da classe trabalhadora, na modalidade de intervenção do aparelho estatal e dos movimentos organizados de massa, que encerra um impacto evidente e determinante sobre o desenvolvimento econômico-político mundial.

Esses elementos constituem a base de compreensão que circunda as novas requisições para a força de trabalho, e por assim ser, nos auxiliará nas particularidades a serem abordadas a seguir.

1.2 - A repercussão das mudanças no processo de produção para a força de trabalho

A compreensão acerca da força de trabalho e seu desenvolvimento no processo de produção são primordiais na abordagem do modo de produção capitalista, pois para o seu surgimento e desenvolvimento fez-se necessário o confronto entre homens que dispõem de recursos para comprar a força de trabalho como mercadoria e homens que apenas a tem para vender.

Marx (1996) descreve força de trabalho ou capacidade de trabalho como sendo uma mercadoria cujo próprio valor de uso cria valor. Ou seja, compreende um conjunto de capacidades físicas e mentais presentes na própria personalidade viva do homem que o põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie.

A mercadoria força de trabalho revela peculiaridades, mas, como todas as outras mercadorias, ela possui um valor o qual é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à produção e reprodução da mesma. Dessa forma, a força de trabalho enquanto valor exprime um “*quantum* de trabalho social médio nela objetivado” (Ibid., Idem, p. 288). Por existir apenas como disposição do trabalho vivo, ela consiste em sua própria reprodução ou manutenção. Em sendo assim, “o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção do seu possuidor. A força de trabalho só se realiza, no entanto, mediante sua exteriorização, ela só se aciona no trabalho” (Idem).

O valor da força de trabalho corresponde às despesas de sua própria manutenção, com a mais-valia decorrente da diferença entre o valor produzido pela força de trabalho (o qual é medido pela duração do trabalho realizado) e as despesas resultantes de sua própria manutenção, que, num regime de mercadorias, são sempre inferiores à quantidade do valor produzido socialmente.

As necessidades de subsistência e o modo de satisfazê-las atribuem peculiaridades ao valor da mercadoria força de trabalho, pois são determinados por fatores históricos como o grau de civilização de uma nação e as condições que formaram a classe trabalhadora (SOUZA, 2009).

Outra particularidade à força de trabalho, apontada por Marx (1996), condiz com o seu valor de uso, o qual não é transferido imediatamente para as mãos de

seu comprador após a conclusão de um contrato entre comprador e vendedor. Em suas reflexões acerca da Lei do Valor, o valor de uso e valor de troca está diretamente relacionado à mercadoria. Essa, por sua vez, somente pode ser considerada enquanto tal no momento em que satisfaz uma necessidade humana qualquer, material ou espiritual, ou seja, produz valor de uso.

Esse valor de uso deve ser passível de reprodução, de ser produzido por mais de uma vez, repetidamente. Sendo assim, a mercadoria “é um valor de uso que se produz para a troca, para a venda” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 79), e venda no mercado, numa sociedade baseada no sistema de troca. A mercadoria somente assume seu estatuto de valor de troca na medida em que é produzida numa sociedade onde a troca é vulgarmente praticada, onde se estabelece um modo de produção de mercadorias. Com isso, podemos considerar a mercadoria enquanto uma unidade sintetizadora do valor de uso e valor de troca.

O seu valor estava determinado antes de ela entrar na circulação, pois determinado *quantum* de trabalho social havia sido gasto para a produção da força de trabalho, mas o seu valor de uso consiste na exteriorização posterior dessa força (MARX, 1996, p. 291).

Compreende-se então que, diferente de qualquer outra mercadoria, o valor da força de trabalho somente é pago após a sua realização enquanto ação, depois de ter funcionado durante o prazo previsto no contrato de compra. Na verdade, com tal ação, o trabalhador antecipa ao capitalista o valor de uso da sua força de trabalho, permitindo ser consumida antes mesmo de ser paga, abastecendo o capitalista de credibilidade.

Na realização do processo de trabalho, a força de trabalho, enquanto energia humana é utilizada para produzir bens que atendam aos imperativos da necessidade, ou seja, “valendo-se dos meios de trabalho, transformar os objetos de trabalho em bens úteis à satisfação de necessidades” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 58). Essa força de trabalho tem a capacidade de transformar o objeto sobre o qual opera, imprimindo nele um projeto anteriormente idealizado em sua mente⁸.

⁸ Nessa ocasião, vale recuperar os estudos de Lukács realizados por Lessa (1999) acerca do trabalho. O momento denominado de prévia-ideação consiste no planejamento que antecede e dirige a ação, nela as consequências da ação são antevistas na consciência, de tal maneira que o resultado é idealizado antes que seja construído na prática. A prévia-ideação só pode se constituir enquanto tal se for objetivada, se for realizada na prática. Contudo, entre a consciência que operou a prévia-ideação (sujeito) e a idéia objetivada

A capacidade dos homens operarem os meios de produção (meios e objetos de trabalho) transforma a natureza (criando objetos) ao ponto que traduz uma transformação em si mesmo. Destarte, para Marx (1996) o processo de trabalho se realiza com a conclusão do produto.

Seu produto é um valor de uso; uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma. O trabalho se uniu com seu objeto. O trabalho está objetivado e o objeto trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia na forma de mobilidade aparece agora como propriedade imóvel na forma do ser, do lado do produto (Ibid., Idem, p. 300).

O capitalista compra no mercado todos os fatores necessários ao processo de trabalho, os objetivos (meios de produção) e subjetivos (força de trabalho), e faz do portador da força de trabalho (o trabalhador) consumidor dos meios de produção, mediante a execução do seu trabalho. Nesse sentido, ainda de acordo com o autor, o processo de trabalho ao expressar o consumo de força de trabalho pelo capitalista, se mostra em dois fenômenos distintos.

O primeiro se apresenta no fato de que “o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho” (Ibid., Idem, p. 304); controlando os meios de produção, para que sejam utilizados de acordo com seus fins, ou seja, evitando o desperdício de matéria-prima e instrumentos de trabalho, de forma a gastar o estritamente necessário à execução do trabalho.

O segundo aponta para a apropriação do produto finalizado nesse processo. Ao capitalista cabe apropriar-se do produto e não o produtor direto, e não trabalhador, ou seja, “ao comprador da mercadoria pertence à utilização da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho, apenas o valor de uso que vendeu ao dar seu trabalho” (Idem).

O produto final desse processo deve aparecer para o capitalista não apenas como valor de uso, mas também como valor de troca, como uma mercadoria. Portanto, o processo de trabalho pode ser compreendido como um processo entre coisas compradas pelo capitalista, entre coisas que lhe pertencem, consiste na

(objeto) há uma efetiva distinção no plano do ser. “A exteriorização é o momento do trabalho pelo qual a subjetividade, com seus conhecimentos e habilidades, é confrontada com a objetividade a ela externa, à causalidade e, por meio deste confronto, pode não apenas verificar a validade do que conhece e de suas habilidades, como também pode desenvolver novos conhecimentos e habilidades que não possuía anteriormente” (LESSA, 1999, p. 39).

unidade entre o processo de trabalho (composto pelos meios e objetos de trabalho; ou meios de produção; e a força de trabalho) e o processo de formação de valor. Naquele, o processo está direcionado a realização de uma atividade para determinado fim, considerando a qualidade, natureza e conteúdo do trabalho. Já no processo de formação de valor, a ênfase é na quantidade, no *quantum* de trabalho socialmente necessário à produção.

O capitalista encontra na potencialidade da força de trabalho o recurso essencial para expandir seu capital, de transformar seu dinheiro em capital, num processo que se opera na esfera da produção e se valoriza na esfera da circulação. Assim, “no momento que o processo de produzir mercadorias, excede o processo de produzir valor, ultrapassando esse ponto, já se constitui a exploração do trabalho não pago que é apropriado pelo capitalista” (MARX, 1996, p. 315), se conformando enquanto um processo de valorização, de produção de mais-valia, a qual deriva “de um excesso quantitativo de trabalho, da duração prolongada do mesmo processo de trabalho” (Idem).

Na ordem do capital o processo de trabalho corresponde à unidade cuja realização do processo de efetivação da criação de valor de uso se desenvolve ao mesmo tempo em que também se realiza o processo de valorização. Por ser o único elemento a gerar acumulação, o trabalho favorece a criação de valor a partir do momento em que, pelo processo de trabalho, produz tanto mercadorias, meios de subsistência, quanto mais-valia, valor excedente (SOUZA, 2009).

A rigor, o processo de trabalho sofre determinações de acordo com o momento histórico da produção capitalista rebatendo diretamente nas formas de apropriação da força de trabalho. As novas formas de domínio do capital sobre ela revelam uma forte tendência ao desdobramento de ações destrutivas contra a força humana de trabalho, embasadas numa lógica societal que privilegia a produção de mercadorias e a valorização do capital em detrimento do social.

No campo teórico, pesquisas apontam variadas apreciações sobre as alterações que vêm ocorrendo com o direcionamento do papel da força de trabalho na produção capitalista. Em estudo sobre *O papel da força viva de trabalho no processo capitalista de produção*, Paulani (2001) foca suas reflexões no papel da força de trabalho com as mudanças implementadas pelo toyotismo e a produção flexível no seio dos processos produtivos. Ela destaca duas tendências atualmente postas, direcionadas:

Ou a um virtual desaparecimento, devido ao avanço tecnológico representado pelo desenvolvimento da robótica, informática e dos processos de automação; ou assume uma posição não mais de apêndice ou elemento alienado, mas de corresponsável pela produção, submetido aos imperativos da qualidade total, do *just in time*, da produção flexível, da gestão participativa, dentre outros (Ibid., Idem, p. 697).

Tais mudanças impostas pelo capital ao processo produtivo deslancham em um arsenal de análises. Contudo, a finalidade no uso do estudo da referida autora centra na apreensão dos elementos que determinaram às transformações nas relações de produção e que reconfiguraram as formas de apropriação da força de trabalho no contexto atual.

Com a adoção da maquinaria, assegura a autora, há uma negação do trabalho vivo enquanto sujeito no processo de produção capitalista. Ele se torna um elemento passivo sob o comando da máquina e ela o verdadeiro sujeito ativo do processo. Essa lógica é o alicerce do capital e de sua estrutura de acumulação, uma vez que a prerrogativa de negação trabalho vivo enquanto sujeito ativo é uma exigência do capital. Contudo, mesmo com a máquina, a realização do processo de produção continua nas mãos dos operários, já que a produção de mercadorias depende da interferência humana direta.

Nesse primeiro momento de introdução das máquinas, a força de trabalho é colocada como sujeito negado, mas de maneira não plena, pois “a negação efetiva do trabalho vivo como sujeito é ainda um vir-a-ser, de modo que o trabalho vivo, apesar de já negado pela máquina, ainda existe como sujeito” (Ibid., Idem, p. 703).

Com a incorporação dos preceitos técnico-científicos adotados pela gerência científica de Taylor e seus desdobrados com o fordismo, o trabalhador sentirá estas sujeições. A combinação de transformações tanto na base material como na gerencial possibilitaram a adoção de mecanismos capazes de domar os trabalhadores aos requisitos da produção capitalista, cerceando os resquícios de autonomia no processo de criação, atuação e inovação. É nessa conformação que o trabalho vivo é plenamente objetivado, que indivíduo e condições objetivas de produção são brutalmente afastados. Da existência de um sujeito negado passa agora à negação de sua existência enquanto sujeito (PAULANI, 2001).

Portanto, podemos inferir que o taylorismo/fordismo racionalizou ao máximo o processo produtivo, tanto no aspecto material quanto gerencial, retirando dele qualquer resquício de autonomia do trabalhador que fosse possível comprometer a lógica quantitativa da acumulação. A máquina põe-se efetivamente na condição de sujeito do processo e, por conseguinte, o trabalho vivo como meio desse processo, o objeto.

Nesse sentido nos cabe indagar: como vem se conformando tais relações na fase contemporânea do capital? Ainda nos estudos da autora supracitada obtivemos essa compreensão, quando a mesma problematiza as mudanças advindas da acumulação flexível. A resposta centra na ocasião em que as mudanças ocorridas nas relações de produção, nos últimos anos, fizeram reconduzir o trabalho vivo a um papel importante dentro do processo produtivo. Ou seja, num cenário de produção flexível a centralidade do trabalho, da força viva de trabalho enquanto sujeito no processo de produção, emerge como uma estratégia do capital.

Essa retomada de destaque do trabalho vivo que o capital recupera, o coloca a serviço da lógica da acumulação por intermédio dos processos de gestão participativa, de corresponsabilidade do trabalhador, de múltiplas tarefas, dentre outros (SOUZA, 2009). Sob essa ótica, a força de trabalho deve ser potencializada, não deixando se desperdiçar.

A exigência agora é de captar uma força viva de trabalho capaz de interagir, de forma ativa, com o sistema de automação flexível, numa tendência que infere níveis mais elevados de qualificação. Trata-se, de acordo com Kameyama (2010), de qualificar um novo tipo de trabalhador capaz de se submeter a condições de ajustamento ao trabalho flexível.

Cujo perfil melhor se enquadre aos objetivos empresariais da gestão da força de trabalho para aumento da produtividade; enfim, um trabalhador capacitado para a polivalência, a multifuncionalidade e o comprometido com a empresa (Ibid., Idem, p. 9).

Em nível de gestão da força de trabalho, encurta-se a distância entre hierarquias, trabalhadores e chefias, objetivando envolvê-los de forma coerente com a estratégia traçada, preparando-os para enfrentar novos problemas, resultantes do aprofundamento das técnicas de automação flexível. Essa qualificação da força de trabalho procura a participação e o envolvimento dos trabalhadores através da

mobilização das subjetividades para obter adesão e consentimento dessa classe aos imperativos da produção capitalista.

Nos setores da produção cuja força de trabalho ainda se mostra necessária, que não foi substituída completamente pela automação, o trabalho não mais se apresenta enquanto puro dispêndio de energia natural, de força física, mas sim como um trabalho corresponsável pela produção, que opera no sistema de gestão participativa (PAULANI, 2001). Uma inserção do trabalho vivo que incorpora, por um lado, a diminuição do estranhamento do produto cujo processo de fabricação ele participou e, por outro lado, a exigência de um trabalhador que se submeta a polivalência.

As transformações operadas nos processos de produção de mercadorias ocorreram em nome do capital, se efetivando na potencialização do processo de exploração que encontra no trabalhador seu meio de realização. Por sua vez, se sente mais livre por não estar mais vinculado a uma estrutura rígida de organização que o impunha limite, agora ele é dono de si mesmo, “livre” para organizar seu próprio processo de trabalho.

Por não mais estarem fixados numa estrutura interna de uma organização, já que as empresas estão dispersas entre as produtoras de matéria prima e as da linha de produção, os trabalhadores são induzidos a fazer do seu desempenho profissional a razão do sucesso. É introjetado no trabalhador a lógica de que para viver é imperioso trabalhar e com qualidade, pois eles se tornam responsáveis pelo controle da produção, supervisionando o desempenho dos outros trabalhadores, numa transferência direta do controle para a força de trabalho.

De acordo com Souza (2009) em sua tese de doutorado *O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des)regulamentação do trabalho nos serviços públicos*, essa lógica se evidencia quando

As sutilezas da recomposição das formas de exploração da força de trabalho que, ao vincular os rendimentos e salários dos trabalhadores à quantidade de mercadorias produzidas por unidade de tempo, condiciona o interesse do trabalhador, assegurando que ele intensifique o mais possível sua capacidade produtiva (Ibid., Idem, p. 36).

Evidenciam-se as possibilidades que o capitalista possui para intensificar e maximizar a capacidade produtiva da força de trabalho, e assim o faz, num

movimento que ao mesmo tempo expurga do mercado o trabalho e do processo produtivo uma massa de trabalhadores desnecessários. Pois transporta rapidamente para a esfera do obsoleto e do descartável os homens que trabalham, tudo isso sob o discurso de terem sido superados em suas capacidades laborativas, devendo ser substituídos por novos e modernos trabalhadores, ou seja, por uma força de trabalho flexível.

Aliás, esse fato toma contornos distintos nos efeitos da acumulação flexível para a força de trabalho, evidenciando um cenário de fragilização e perda de conquistas trabalhistas adquiridas por meio da aglutinação de forças. Marca assim uma época de novos (des)empregados, de homens capazes de serem empregáveis por um curto prazo de tempo, através de novas e precárias formas de contrato, de vínculo de trabalho.

A segmentação da força de trabalho; a redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado, sem carteira assinada; tendência ao desassalariamento da força de trabalho e precarização das relações de trabalho (KAMEYAMA, 2010, p. 12).

Assim, a força de trabalho se torna central no processo flexível, baseada numa seletividade que impõe como parâmetro de distinção a alta qualificação dela nos setores com incremento tecnológico, expulsando, por conseguinte, um expressivo número de trabalhadores dos processos produtivos. A aparente contradição se instaura na medida em que “reconduz, recupera e revitaliza a força viva de trabalho nos processos produtivos, também seleciona, segmenta e expulsa segmentos significativos de força de trabalho dos processos produtivos” (SOUZA, 2009, p. 37).

Ao panorama desenhado acima, autores como Meszárós (2006) considera que atingimos uma fase do desenvolvimento histórico do sistema capitalista em que o desemprego se tornou característica dominante. Atualmente nenhum setor do trabalho está isento de vivenciar a “miséria desumana do desemprego e do trabalho temporário” (MESZÁRÓS, 2006, p. 27), restando à força viva de trabalho empregada não o sentimento de medo perante o desemprego, mas a ameaça de quando eles vivenciarão, mesmo que de maneira forçada, as variantes da precarização.

A nova configuração capitalista do trabalho solidifica um processo que precariza a totalidade do viver social e deflagra uma organização do trabalho

pautada na precariedade, na desregulamentação trabalhista e na flexibilização, de uma maneira ainda não vivenciada pelos assalariados. Constata-se que a “diminuição dos postos de trabalho efetivos e estáveis está vinculada não só a um processo mais amplo de precariedade, mas também à afirmação de atividades flexibilizadas e intermitentes” (VASAPOLLO, 2006, p. 49).

A rigor, evidencia-se a intensificação da exploração do trabalho vivo e do fetichismo da mercadoria⁹ força de trabalho como estratégias que possibilitam o capital obter sua máxima lucratividade. Sob o domínio da lógica de acumulação flexível, a força de trabalho passa a conviver com os novos mecanismos de dominação e exploração.

A intenção da organização capitalista não está centrada no pressuposto de eliminação do trabalho vivo e sim de apropriar-se da dimensão cognitiva do trabalho, do ato ou processo de conhecimento da produção de mercadorias, mesmo que isso desemboque numa ampliação do desemprego, expressão mais virulenta de sua manifestação (SOUZA, 2009).

A necessidade, na forma contemporânea do capital, de trabalho estável, herdeiro do taylorismo/fordismo, é cada vez menos solicitada. A requisição é cada vez mais por formas precarizadas de trabalho capaz de atender as modalidades do processo de produção na era da empresa flexível e da desverticalização produtiva.

Nessa perspectiva, Mota (2010) contribui no debate ao considerar que no cenário das novas necessidades do processo de acumulação capitalista, o trabalhador coletivo é fragmentado, sendo expresso na constituição de dois grandes grupos de trabalhadores: “os empregados estáveis do grande capital e os trabalhadores excluídos do emprego formal, estes últimos, sujeitos ao trabalho desprotegido” (MOTA, 2010, p. 31). Tais grupos convergem em um ponto comum, qual seja, a nova modalidade de exclusão do mercado de trabalho formal, pois não mais fazem parte da estrutura interna das empresas.

⁹ Na medida em que o movimento das mercadorias se apresenta independentemente da vontade de cada produtor, opera-se uma inversão: “a mercadoria, criada pelos homens, aparece como algo que lhes é alheio e os domina; a criatura (mercadoria) revela um poder que passa a subordinar o criador (homens)” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 92). Esse movimento se realiza no mercado, onde as relações sociais (entre homens) se apresentam enquanto relações entre coisas. A essa autonomia que a mercadoria exerce em face dos seus produtores Marx denominou de fetichismo da mercadoria.

Surge, portanto, uma nova dinâmica na relação entre exclusão/inclusão dos trabalhadores na economia. A externalização da produção, ao mesmo tempo em que determina a exclusão dos trabalhadores do trabalho socialmente protegido, cria outras formas de inclusão na economia, que têm na insegurança (...) e na desproteção do trabalho as suas principais características (Idem).

Por externalização da produção compreendem-se, de acordo com a autora, os mecanismos adotados pelas grandes empresas que transferem sua capacidade produtiva para médias e pequenas firmas, estimulando a proliferação de trabalhadores autônomos, sem vínculo empregatício e de trabalhadores em domicílio. Com isso, permite-se que as grandes empresas aumentem sua produtividade, reduzindo os custos na produção.

Aonde havia uma empresa concentrada substituíram-se por várias pequenas unidades interligadas pela rede, com número reduzido de trabalhadores e produzindo muito mais. “A externalização da produção não passa de uma nova forma de estruturação do trabalho abstrato e que se revela como um verdadeiro reino de liberdade, propriedade e igualdade” (MOTA, 2010, p. 34).

Nesse processo o trabalhador se sente mais livre por não mais estar preso a um sistema de produção organizado hierarquicamente e dono do seu próprio negócio, pois ele agora trabalha no seu próprio local de produção e sem ninguém pra lhe dar ordens, enfim, ele mesmo organiza o processo de trabalho e a duração da jornada de trabalho.

Com esse entendimento, é perceptível a intensificação da extração e exploração do trabalho, por meio dos processos de terceirização e flexibilização. A intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho, que expressam a nova conformação da força de trabalho, expõem tal força ao aumento da degradação de suas condições de trabalho, da precarização e fragilização do trabalho.

Sobre o debate da centralidade do trabalho nas formas de apropriação da riqueza na economia mundializada, Antunes (2009) corrobora com a discursão ao salientar a impossibilidade do capital se reproduzir com a eliminação do trabalho vivo.

O capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores, ele deve aumentar a utilização e a produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração do sobretrabalho em tempo cada vez mais reduzido (ANTUNES, 2009, p. 119).

A eliminação do trabalho vivo implicaria numa descontinuidade do processo reprodutivo do capital, pois não seria possível produzir capital, nem tão pouco integralizar o ciclo reprodutivo por meio do consumo, sem ter seus consumidores, os assalariados. “A articulação entre trabalho vivo e trabalho morto é condição para que o sistema produtivo do capital se mantenha” (Ibid., Idem, p. 120).

A eliminação não está completa, o que pode se observar é uma diminuição no tempo de trabalho, a partir da ampliação do trabalho qualificado, multifuncional, ou seja, daquele associado à dimensão intelectual, e a redução do trabalho manual direto. Isso faz com que o capital eleve a utilização da força de trabalho e a submeta a formas precárias de exploração para assim ter garantido algum grau de competitividade entre as empresas.

Ora, o que se observa é o fato de que para empreender um conjunto de mudanças no modo de produzir e acumular, o capital “necessitou fazer uma brutal racionalização do trabalho vivo, potenciando-o enquanto fonte produtora de valor e de mais-valia” (MOTA, 2010, p. 33).

As mudanças empreitadas pelas novas formas de dominação do capital sobre o trabalho não se expressaram apenas no âmbito da organização da produção, ela precisava ir mais além, instaurando uma verdadeira reforma intelectual e moral. Uma invasão que deveria ser por meio da construção de uma cultura do trabalho compatível com a sociabilidade requerida pelo atual projeto do capital imposto pelas classes dominantes. Assim, a jogada foi colocar as classes sob um patamar de aparente eliminação do antagonismo de classe, a partir de uma suposta neutralidade técnica viabilizada pela subsunção real do trabalho ao capital.

Esse jogo de dominar à classe trabalhadora trouxe como ponto analítico a subsunção real do trabalho ao capital. Nela as forças produtivas sociais do trabalho se tornam estranhas ao trabalhador, ou seja, a relação de produção não mais depende dele, com o advento da ciência e da maquinaria na produção, e o enfrenta como coisa, mesmo sendo produto de seu trabalho capitalizado. Assim, os trabalhadores se tornam supérfluos e estranhos à relação de produção, a qual quanto mais se torna automatizada com o desenvolvimento da maquinaria se faz independente deles.

Esse processo se torna mais acentuado sob duas condições: a) quando o processo de trabalho não pode mais ser efetuado de forma autônoma ao processo capitalista de produção e o trabalhador individual não mais consegue produzir; e b) quando com a aplicação tecnológica da ciência se transformam forças naturais em maquinaria, a qual substitui o trabalhador e o subjuga, tornando-o supérfluo. (TRISTÃO, 2008, p. 7)

A subsunção do trabalho pelo capital é a expressão acabada da vitória do modo de produção que a este respalde sob as formas que lhe antecederam. Com a emergência do capital enquanto relação social, relação de produção generaliza-se a transformação dos processos de trabalho em processo de valorização do capital, de produção de mais valia; o processo de trabalho converte-se em instrumento de sua valorização. A produção não mais se volta aos valores de uso, para o produtor imediato, nem para usufruto de seu condutor, o capitalista, mas para atender as demandas do mercado. Marx (apud Tristão, 2008) explicita essas condições da subsunção:

A unidade na cooperação, a combinação na divisão do trabalho [na manufatura], o emprego, na maquinaria para fins produtivos, das forças naturais e da ciência junto com os produtos do trabalho, tudo isso se opõe aos próprios trabalhadores individuais como algo estranho e coisificado, (...) as formas sociais de seu próprio trabalho ou as formas de seu próprio trabalho social são relações constituídas de maneira que deles em nada depende; os trabalhadores, subsumidos ao capital, tornam-se elementos dessas formações sociais, mas essas formações sociais não lhe pertencem. Enfrentamos, portanto como estruturas do próprio capital (...) distintas da força de trabalho individual, oriundas do capital e nele incorporadas. E isto assume feição tanto mais real quanto mais essas formas modificam a própria força de trabalho – tornando-a impotente para ação autônoma, isto é, fora do relacionamento capitalista, e destruindo-lhe a capacidade autônoma de produzir – e quanto mais as condições de trabalho, com o desenvolvimento da maquinaria, se patenteiam, no plano tecnológico, dominantes do trabalho e ao mesmo tempo o substituem, subjagam e o tornam supérfluo nas formas independentes. (MARX, 1980 apud TRISTÃO, 2008, p. 8).

As necessidades de mudança na esfera da produção e reprodução social implicaram em novas formas de domínio respaldadas na socialização de valores políticos, sociais e éticos, e na produção de padrões de comportamento em conformidade com o capitalismo contemporâneo. Isso denota “a direção dos processos políticos e a produção do consentimento de classe, para empreender

mudanças, transformam-se nos novos baluartes da ação das classes dominantes” (MOTA, 2

010, p. 29).

As formas atuais de apropriação da força de trabalho resultam da necessidade que tem o capital de estabelecer novas formas de subordinação do trabalho, ou seja, que permita “flexibilizar a produção e intensificar a produtividade do trabalho longe da tradição conflitiva que sempre permeou a relação entre patrões e empregados” (Ibid., Idem, p. 30). Um modelo de flexibilização dos processos de trabalho e de produção que encerram na acentuação e potenciação da capacidade produtiva da força de trabalho, com a adoção de uma racionalidade mais intensa, geral e pluralizada, fundamentada na organização flexível do trabalho e da produção.

Nos estudos de Harvey (2009) acerca da *Condição pós-moderna*, a denominada acumulação flexível emerge como uma estratégia de revigorar a produção capitalista. Nessa forma de acumulação a ordem é a flexibilidade de tudo aquilo que esteja no âmbito do trabalho como “os processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (Ibid., Idem, p. 140). Tem por característica o surgimento de “setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (Idem).

O atendimento a essas exigências, por parte da força de trabalho, requer a implantação de trabalhos flexíveis, capazes de se submeter à intensificação das ações em períodos de pico de demanda, e reduzir nos momentos de baixa. Nessa conformação, observa-se que o trabalho organizado de outrora foi solapado por níveis relativamente altos de desemprego, com uma “rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical” (Ibid., Idem, p. 141).

O processo de desregulamentação do trabalho e, conseqüentemente, do trabalhador, encontra proeminência nos mecanismos de flexibilização e precarização do trabalho. Nessa perspectiva, podemos inferir, de acordo com os estudos de Tavares (2004), que o processo de flexibilização foi primordial na intensificação do desemprego e na reemergência de velhas formas de trabalho precarizado, pois “sob

a égide da acumulação flexível, formas particulares de inserção à produção, que já foram representativas de uma economia atrasada, tornaram-se bastante funcionais à acumulação capitalista” (Ibid., Idem, p. 43).

Ao afirmar tal tendência, a autora se refere às formas derivativas da acumulação flexível, mais especificamente a informalidade. Dentro de um espectro em que a participação efetiva na produção não implica em custos semelhantes aos do emprego formal, e sem aparentar oposição entre formais e informais, ao capital isso parece atrativo.

Nessa linha de pensamento, em vez de se comprar a força de trabalho compra-se o trabalho, a mercadoria, o serviço, uma vez que essa formação se pauta no discurso da autonomia, que transcende de trabalhador para empresário. Assim, tal conformação expressa os auspícios da flexibilização direcionando a uma tendência do trabalho precário.

Para melhor apreendermos os reflexos da flexibilização nas condições e relações de trabalho, partiremos rumo ao debate conceitual existente em torno dela. É numa terminologia que leva a caminhos complexos, mas aqui apenas abordaremos sua condição conceitual para distingui-la da precarização, pois são categorias capazes de suscitar compreensões sinonímicas entre elas, o que não é.

Iniciamos com a compreensão de flexibilização a partir de Thébaud-Mony e Druck (2007 apud BRITO, 2009, p. 24), as quais a considera enquanto uma derivação da fase de mundialização do capital, onde o mercado atinge um alto grau de liberalização e liberdade, impondo ao mundo do trabalho formas de flexibilização.

Processo que tem condicionantes macroeconômicas e sociais derivadas de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista, hegemonizado pela esfera financeira, cuja fluidez e volatilidade típicas dos mercados financeiros contaminam não só a economia, mas a sociedade em seu conjunto, e, de forma, generalizada a flexibilização para todos os espaços, especialmente, o campo do trabalho. [...] Esse processo mais geral determina e articula a flexibilização dos processos de trabalho, do mercado de trabalho, das leis trabalhistas e dos sindicatos, definindo o caráter da reestruturação produtiva mais recente, especialmente no que se refere à estratégia das empresas na adoção dos novos padrões de gestão do trabalho (Idem).

Nesse aspecto, os estudos de Piccinini, Oliveira e Rübenich (2006) reforça a compreensão anterior acerca da flexibilização ao considera-la enquanto demanda do

processo produtivo e da organização do trabalho a partir da busca incessante das empresas por competitividade no mercado.

É a aptidão de um sistema ou subsistema de reagir às perturbações no meio. [...] é decorrente da instabilidade econômica e social frente às diversas mudanças no mercado e nas condições de competição. Salienta-se, sobretudo, a flexibilidade social que atinge diretamente o trabalho por meio de suas diferentes formas de flexibilização (Ibid., Idem, p. 94).

Ainda existem autores que tomam a flexibilização como um conjunto de processos e medidas que objetivam a alteração da regulamentação do mercado de trabalho, o que também reforça a conceituação inicialmente colocada nesse estudo. Assim, a flexibilização “busca torná-las menos ordenadas e possibilitando arranjos considerados inovadores diante de uma forte tradição de controle legal das relações laborais” (HOLZMANN, PICCININI apud BRITO, 2009, p. 24).

E nesse quadro característico que aponta indicativos de precarização do trabalho, recuperamos os estudos de Antunes (2010) quando ele também afirma que o capital impõe desmonte da legislação social trabalhista.

Flexibilizar a legislação social do trabalho significa (...) aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora (Ibid., Idem, p.109).

Adentrando no debate sobre a forma de acumulação flexível, os estudos de Alves (2005) em *O novo (e precário) mundo do trabalho* mostra que a mesma não se constitui como algo essencialmente novo, afirmando que “uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é sempre ‘flexibilizar’ as condições de produção – principalmente as da força de trabalho” (Ibid., Idem, p. 22).

Nesse sentido, o autor compreende a categoria flexibilidade como algo intrínseco à produção capitalista, surgindo quando o capital instaurou o trabalho assalariado. O complexo de reestruturação produtiva apenas expõe a peculiaridade ontológico-social do trabalho social: ser “flexível” às necessidades imperativas do capital em processo (ALVES, 2005). Se apresentando, por um lado, na precarização (e desqualificação) contínua (e incessante), e, por outro, nas novas especializações (e qualificações) de segmentos da classe dos trabalhadores assalariados.

Caminhando nessa compreensão, Souza (2009) também nos alerta que não devemos considerar a flexibilidade como algo essencialmente novo, pois o caráter essencialmente novo consta na captura dessa categoria às novas requisições da mundialização capitalista, assumindo novas proporções, intensidade e amplitude. O que se instaurou foi uma intensa apropriação da lógica da flexibilidade a ponto de torná-la um atributo da própria organização social da produção, não se limitando apenas a versatilidade da força de trabalho.

A flexibilidade da força de trabalho continua sendo estratégica para a acumulação capitalista, pois ela está relacionada com a legislação e regulamentação social e sindical, por meio da flexibilidade nos contratos de trabalho, salários, jornada e local de realização do trabalho, ou seja, dentro e fora da empresa. Com isso, a força de trabalho se torna domável, complacente e submissa aos preceitos da flexibilidade.

No cenário apresentado pela flexibilização constatamos que suas variações visam atender a maior competitividade das organizações no mercado, sendo justificadas como uma possibilidade de redução do desemprego e dos custos com recursos humanos.

Para compreendermos tal dimensão, recorreremos à estruturação das modalidades de flexibilização do trabalho presentes nos estudos de Piccinini, Oliveira e Rübenich (2006).

As formas de flexibilização podem ser divididas em três grandes tipos: a quantitativa (relacionada ao número de trabalhadores), a funcional (condizendo com a prática, à função exercida pelo trabalhador) e as formas de trabalho (pautadas na dimensão de tempo e espaço para a execução do trabalho). Esses tipos podem ser manifestados interna ou externamente ao local de trabalho.

Na *Flexibilização Quantitativa Externa*, as atividades meio ou fim são deslocadas para outras empresas através de contratos que aumentam a mão de obra sem aumentar o quadro de funcionários. São representativas dela a terceirização/subcontratação (contrata empresas para desempenhar atividades antes realizadas pela contratante), rede de empresas (baseada na divisão do trabalho entre organizações que se especializam em determinadas fases da cadeia produtiva), trabalho em domicílio (o qual o trabalhador é pago por peça elaborada e sua atividade é realizada em ambiente doméstico), e a cooperativa de trabalho

(associação de pessoas autônomas que se unem para atender necessidades econômicas, sociais e culturais comuns).

Na *Flexibilização Quantitativa Interna* também se permite aumentar o quantitativo de mão de obra sem alterar o quadro funcional de efetivos, mas isso a partir de contratos de trabalho diferentes do habitual contrato por tempo indeterminado, com carteira de trabalho assinada. Nela integra o trabalho temporário (no qual o contrato é estabelecido entre a organização e os trabalhadores, com prazo delimitado para início e fim das atividades, não sendo obrigado a desfrutar de todos os benefícios concedidos aos efetivos), trabalho em tempo parcial (contratados para atender aos picos diários de demanda), trabalho de tempo compartilhado (duas ou mais pessoas realizam a mesma tarefa e a remuneração depois de finalizada é partilhada), suspensão temporária do contrato de trabalho (desliga-se o trabalhador temporariamente e readmite-o quando a empresa retomar seus níveis de produção), e os estágios.

Na *Flexibilidade Funcional* as práticas adotadas pelas empresas visam readaptar o trabalhador para desempenhar atividades diferentes de acordo com as exigências da demanda. Integram essa forma a multifuncionalidade (trabalhadores são capacitados a operar várias máquinas com características semelhantes) e a polivalência (o mesmo trabalhador ocupa variados postos de trabalho em função da necessidade da empresa).

Na *Flexibilização Externa das Formas de Trabalho*, refere-se ao quando ou onde será executado o trabalho, e integra parte das modalidades de trabalho cujas ações desenvolvidas não necessitam estar no mesmo espaço das empresas como o teletrabalho e as redes de empresas.

E a *Flexibilização Interna das Formas de Trabalho*, que também se refere ao quando ou onde o trabalho será realizado, mas pelo quadro de funcionários permanentes da empresa e dentro das dependências dela. São representativas as horas extras (compreende o volume de horas a mais trabalhadas dentro do estabelecido em contrato), a anualidade das horas trabalhadas (conhecida por banco de horas), a jornada de trabalho flexível (com o trabalhador cumprindo um número fixo de horas determinadas pela empresa e outra parcela de trabalhadores de forma flexível, comumente nos períodos de entrada e saída ou no almoço), os turnos de trabalho (possibilita a extensão do dia de trabalho e substituição periódica dos trabalhadores) e a semana reduzida de trabalho (a qual os trabalhadores

condensam um número fixo de horas em uma parte da semana, permanecendo inativo o resto do tempo).

A delimitação dessas formas de flexibilização nos permite constatar que a flexibilização atua como determinante nos atuais amoldamentos precários das relações e condições de trabalho, cujos desdobramentos recaem de maneira incisiva sobre aqueles que vendem sua força de trabalho do que os que a compram.

A incorporação da flexibilização nas atuais formas de gestão do trabalho apontam consequências para a força de trabalho, refletidas nos processos de trabalho, no mercado e na regulação das relações trabalhistas, e penetrando nos variados ramos da atividade econômica.

É na incorporação das regras de eficiência, produtividade e intensificação do uso da força de trabalho, [...], que o processo de flexibilização passa a determinar a condição de precariedade do trabalho. A intensificação da precarização do trabalho é a maior expressão dos efeitos maléficos da flexibilização no trabalho e na vida dos que tem como fonte de sobrevivência a venda da força de trabalho (SOUZA, 2009, p. 47).

Os fenômenos da flexibilização e precarização se apresentam como indissociáveis, o primeiro determinando o segundo. A similaridade entre eles se revelam na atual tendência à desregulamentação da força de trabalho.

A precarização e a insegurança avançam por várias partes do mundo, e o trabalhador se vê na incerteza entre a ocupação e não ocupação no mercado de trabalho. O desemprego tornou-se característica dominante na atual conjuntura, e é sobre as condições e formas de precarização que iremos abordar no próximo subitem.

1.3 – A precarização das relações e condições de trabalho

A sociedade capitalista, ao longo das últimas décadas, vivenciou intensas modificações em torno das condições e relações de trabalho. Antes de adentrarmos no debate acerca da precarização é necessário esclarecermos o que consideramos por precarização nas condições e relações de trabalho.

Na precarização das relações de trabalho observa-se a ruína nos processos relacionados ao conjunto de normas e regras que medeiam trabalhadores e patrões,

e estão expressas na desregulamentação, nos contratos temporários e nos contratos por empresa. Já a precarização das condições de trabalho refletem o agudizamento do caráter precário das relações de trabalho pela ampliação do trabalho sem carteira assinada e do trabalho independente (por conta própria), identificado no aumento do trabalho por tempo determinado, sem renda fixa e em tempo parcial (MATTOSO apud PICCININI, OLIVEIRA, RÜBENICH, 2006, p. 94).

No período marcado pelo padrão de acumulação fordista, a experiência de um regime de regulação sustentado pelo Estado de bem estar social não se generalizou por todos os países. Contudo, é nele que a sociedade vivenciou a ampliação do progresso econômico e social para vários segmentos, possibilitando planejar o futuro das novas gerações.

Essa expectativa era gerada devido às condições de trabalho e emprego permitirem algum tipo de vínculo de longo prazo, capazes de serem transferidos de geração para geração. A mobilização social contra os padrões capitalistas também auxiliou nesse cenário, fazendo levantar diferentes protestos que resultaram nas conquistas e ampliação de direitos sociais.

Na transição para um regime de acumulação flexível reestruturou-se radicalmente o mercado de trabalho, alterando as relações entre excluídos e incluídos, introduzindo modalidades flexíveis de contratação baseadas no tipo de trabalho precário, e criando novas estratificações e formas de discriminação entre os trabalhadores.

A crescente flexibilidade do trabalho evidencia formas concretas que se difundem em todas as atividades e lugares, pautadas nos processos de desindustrialização e descentralização espacial das fábricas.

A subcontratação, terceirização, o emprego temporário, as atividades autônomas, a informalidade e as cooperativas de trabalho representam, como avalia Graça Druck (2002) em dossiê intitulado *Flexibilização e precarização: formas contemporâneas de dominação do trabalho*, práticas flexíveis de emprego e dos mercados de trabalho. Ou seja, constituem novas respostas as necessidades do sistema capitalista dentro de um contexto de hegemonia da esfera financeira. Por sua vez, essa lógica exige maior mobilidade para os capitais e processos produtivos menos rígidos, estimulados por investimentos e resultados de curto prazo.

A reestruturação preserva e intensifica os padrões de exploração da força de trabalho, coroando-a com a exigência crescente de trabalho vivo superqualificado

e/ou polivalente, capaz de tomar decisões e de ser criativo no seu cotidiano (DIAS, 1997; NETTO, 1996; ANTUNES, 2009).

As metamorfoses registradas nas relações e condições de trabalho, sob a égide da precarização, fez emergir formas distintas de trabalho, as quais podem ou não ser novas, pois “ao lado de novas condições e situações sociais de trabalho, velhas formas e modalidades se reproduzem e se reconfiguram” (DRUCK, 2011, p. 37). Sendo assim, o fenômeno da precarização não é algo recente, existindo desde a gênese do trabalho assalariado (KALLEBERG, 2010; DRUCK, 2011), entretanto as forças sociais, políticas e econômicas atuais a tem intensificado.

Abordar o debate acerca da precarização do trabalho remonta a verificação de como a evolução dos conceitos acompanha o movimento da história. É compreender como a construção da realidade, através da conceituação, está sempre amarrada ao contexto histórico, ao debate e disputas de poder nas quais se insere.

Os variados estudos sobre a precarização revelam a dificuldade de se trabalhar com essa categoria devido à amplitude conjuntural que ela abrange, reduzindo o quantitativo de referencial teórico que a trate separadamente, sendo mais comum sua abordagem a partir de realidades específicas, como a precarização nos bancos, nas empresas, dentre outras. Nesse sentido, ocorre apenas a redução quantitativa da produção teórica da precarização enquanto categoria isolada, mas não a minimização do debate travado pelos estudiosos do assunto. Contudo, a maior dificuldade identificada foi apreender, a partir dessas leituras, aspectos capazes de fundamentar a compreensão da realidade encontrada nos NASF.

A precarização enquanto definição de categoria pôde ser observada nos estudos de Kalleberg (2010) acerca do *Trabalho precário nos Estados Unidos*. Nele, o autor compreende trabalho precário como sendo uma “relação de emprego incerta, imprevisível, e na qual os riscos vinculados a ele pesam mais sobre os trabalhadores que sobre os empregadores ou o governo” (Ibid., Idem, p. 47). Para Graça Druck (2011), em artigo intitulado *Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios*, a precarização é abordada enquanto um fenômeno que ao mesmo tempo é velho e novo, e que sob a atual conjuntura do trabalho sofre as determinações de um capital hegemônico pela esfera financeira.

Um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho [...], agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais [...] (DRUCK apud DRUCK, 2011, p. 41).

As análises de Souza (2009) a gradação entre o velho e o novo da precarização está presente no momento em que a forma de apropriação da força de trabalho se conforma em uma mercadoria mediada pela relação de assalariamento, estabelecendo a condição de assalariado livre, imposta pelo modo de produção capitalista.

Uma relação de compra e venda desigual que [...] tem subsumido a condição da força de trabalho às exigências da lógica da lucratividade do capital, pela via da exploração da mais valia. [...] se expressa, entre outras coisas, pela dissociação do trabalhador de seus meios de trabalho, na extensão da jornada, na fragmentação, segmentação e controle dos processos de trabalho e na coerção e controle da organização política dos trabalhadores (Ibid., Idem, p. 48).

O sentido de “novo” atribuído a precarização advém do processo de flexibilização que amplia seu espectro invadindo a realidade do trabalho e atingindo o conjunto dos trabalhadores, flexibilizando a lógica atribuída aos estáveis. Assim, a noção de precarização do trabalho está associada “a um processo que condiciona a existência de toda força de trabalho pós-fordista no qual tudo se converte em precariedade” (Ibid., Idem, p. 49).

A condição de instabilidade, a insegurança, a adaptabilidade, a fragmentação dos coletivos de trabalhadores e a destituição do conteúdo social do trabalho são aspectos que compõem a essência da precarização na contemporaneidade. De acordo com Druck (2011), isso se torna central e hegemônico na estrutura das relações e condições de trabalho, em dissonância com as formas anteriores de trabalho e de direitos sociais.

A formulação da “unidade” dos trabalhadores, dentro dessa conjuntura, se faz pelas diversas dimensões que assume o trabalho precário. Ele também dá unidade aos distintos lugares onde se manifesta. A autora nos explica que existe um fio condutor que liga as formas precárias de trabalho e emprego, expressas pela “(des)estruturação do mercado de trabalho e no papel do Estado e sua

(des)proteção social, nas práticas de gestão e organização do trabalho e nos sindicatos” (DRUCK apud DRUCK, 2011, p. 41), e que se encontram contaminadas por um alto grau de vulnerabilidade social e política.

Dentro da esfera dos novos arranjos trabalhistas produzidos pela precarização a insegurança se torna o sentimento corriqueiro entre os trabalhadores. Isso faz disseminar consequências tanto na natureza e ambiente de trabalho quanto nas experiências das pessoas no trabalho, pois a possibilidade de se integrar ao excedente de força de trabalho desempregada se torna uma constante. Nesse caso, cria-se uma cultura da concorrência entre os próprios trabalhadores que faz garantir a submissão e subordinação do trabalho ao capital, impostando isso como condição única para a sobrevivência deles no trabalho.

Sob um regime sustentado na estratégia da precarização é importante compreender que tais prerrogativas não são constitutivas unicamente por motivações do arsenal financeiro. As vontades dos poderes políticos impõem escolhas que direcionam a preservação da dominação cada vez mais completa do trabalho e dos trabalhadores.

Para o autor Kalleberg (2010) dentre as possíveis resultantes que emanam o trabalho precário tem-se a disseminação da globalização e o predomínio do neoliberalismo enquanto ideologias que pregam a desregulação, privatização e o fim das garantias e direitos sociais. Tudo isso viabilizado pelas transformações tecnológicas e os avanços nas tecnologias da informação.

O neoliberalismo imbricou em mudanças direcionadas a perspectiva do individualismo e da responsabilidade pessoal pelo trabalho, enfatizando a centralização dos mercados e as soluções derivativas dele como a privatização de recursos públicos e o fim das proteções sociais.

O papel do Estado marca um incisivo recuo em suas ações enquanto regulador do mercado de trabalho e da proteção social, fissurando o estatuto do trabalho seguro e protegido. Com a flexibilização na produção, as leis que regulamentam o uso e a alocação da força de trabalho pelas empresas também tiveram que ser flexibilizadas. Isso implica em alterações na legislação trabalhista, levando a redução dos direitos dos trabalhadores com a elevação do número de contratações precárias, mudanças nas normas salariais, com heterogeneização entre os segmentos do mercado de trabalho.

Tais mudanças direcionaram os empregadores a buscar mais flexibilização perante as relações estabelecidas com seus empregados. No plano social o ideário neoliberal refletiu o primoroso papel desempenhado pelas forças de mercado nos locais de trabalho (KALLEBERG, 2010). Nele o modelo organizacional burocrático baseado nos vínculos empregatícios padrões foi rompido, ou seja, quebrou-se aquele vínculo no qual se admitia a fixação do trabalhador em determinado emprego por toda a vida, havendo a possibilidade de progredir em sua carreira.

A flexibilização conduzida pelos empregadores elevou significativamente o trabalho precário e as transformações na natureza das relações de emprego, com efeitos devastadores na realidade dos trabalhadores. Assim, a nova conformação da precarização expressa tanto à intensificação do trabalho quanto o controle da produtividade via ação direta de ameaça ao desemprego.

Com essa ameaça, o trabalhador é induzido a aceitar de qualquer forma a sua inserção em condições e relações de trabalho precarizadas para evitar ser mais uma vítima do desemprego. Uma justificativa que reafirma o discurso capitalista burguês e neutraliza a capacidade de luta dos trabalhadores numa perspectiva de emancipação.

Apesar da flexibilização ser tratada no âmbito do discurso capitalista como uma das alternativas para combater o desemprego e os baixos índices de ocupação nos postos de trabalho, a realidade se mostra destoante de tal preceito. O que realmente ela representa como destaca Vasapollo (2006) em artigo intitulado *O trabalho atípico e a precariedade* é uma imposição à força de trabalho para a sujeição de salários mais baixos e piores condições de trabalho. E dessa forma, estão sendo “reforçadas as novas ofertas de trabalho, por meio do denominado mercado ilegal, no qual está sendo difundido o trabalho irregular, precário e sem garantias” (Ibid., Idem, p. 46).

Em sendo assim, a flexibilização se torna determinante nas condições de precarização ao ser incorporada nos processos de trabalho, no mercado e na regulação das relações de trabalho, ou seja, “ela passa a ser condição determinante do trabalho precário no atual contexto, atingindo os diferentes ramos da atividade econômica” (SOUZA, 2009, p. 47).

Apesar de serem indissociáveis, esses dois fenômenos não devem ser considerados como similares ou iguais, pois refletem “a forte tendência de desregulamentação do trabalho e se expressam numa relação de determinação”

(Idem). Ou seja, temos que as condicionantes da flexibilização determinam os aspectos da precarização.

No caso brasileiro, a realidade da condição laboral não destoa muito do contexto flexibilizado das relações atuais de trabalho, e são intensificadas após a implementação de práticas identificadas com o receituário neoliberal.

O avanço da precarização das relações de trabalho em curso no Brasil pode ser identificado no contrato de trabalho registrado em carteira. A análise de Holzmann (2006) sobre *A dimensão do trabalho precário no Brasil no início do século XXI* nos possibilita averiguar a relação que a instituição da carteira de trabalho representa para o trabalhador brasileiro.

Mais do que o acesso à garantia de benefícios da legislação trabalhista, a carteira de trabalho com assinatura do empregador representa, “no seu imaginário e na sua experiência cotidiana, a certificação de sua cidadania e a possibilidade de defesa de sua dignidade enquanto tal” (Ibidem, p. 75). Garantir a regularização do trabalho a partir desse documento implica em minimizar a vulnerabilidade e sonegação dos direitos trabalhistas, pois nela está assegurado o acesso a direitos como o descanso semanal, adicional de férias e férias remuneradas, 13º salário, FGTS, pagamento de horas extras, jornada máxima de trabalho semanal de 44 horas, multas por rescisão de contrato, dentre outros.

Contudo, a condição de trabalhador sem registro de contrato em carteira tem sido aceita pelos trabalhadores sob a justificativa de que “numa avaliação do dano menor, diante do grande desemprego, aguçado em anos recentes no País, [...] qualquer emprego é melhor do que nenhum” (Ibidem, p. 75). Essa conformação no discurso do trabalhador contribui para o avanço das relações e condições precárias de trabalho.

Os traços da precarização com a recorrente perda dos direitos trabalhistas também são sentidos pelo trabalhador do setor público brasileiro. Para nos esclarecer acerca disso recorreremos aos estudos de Pochmann (2008) em *O emprego no desenvolvimento da nação*. Nele o autor analisa o movimento mais recente de ajuste no emprego público que vem acontecendo desde os anos 1990 onde o papel do Estado é redimensionado para atender os preceitos neoliberais.

Observa-se a variação do emprego público em um período que se estende de 1992 a 2002. Nele as contratações que mais se expandiram concentram-se em

outras formas que não o emprego formal, aquele regido pela CLT ou por regime próprio (estatutário).

No arsenal dos “outros” estão englobados as mais variadas formas precarizadas de contrato e obteve a maior representatividade nos serviços públicos da União. O autor afirma que na contemporaneidade “a cada dez empregos no setor público, dois não são estatutários ou celetistas” (POCHMANN, 2008, p. 194). A região com maior índice de empregos públicos com contratação formal foi identificada nos municípios, e a isso se justifica pelas ações de descentralização, as quais deslocam as responsabilidades de saúde, educação e assistência para cada esfera de governo.

Tais relatos demonstram o retrato da precarização nas relações e condições de trabalho, mas não se configuram como as únicas indicadoras. O declínio do vínculo empregatício é um deles e se refere ao tempo médio em que o trabalhador permanece vinculado a um mesmo empregador. Sendo assim, os estudos de Pochmann (2008) mostram que vem ocorrendo um declínio na estabilidade do trabalhador no emprego. A rotatividade de trabalhadores é utilizada para reduzir “os salários e subordinar os empregados que restaram às novas metas de funcionamento empresarial do setor público [...] a taxa de rotatividade passou de 7,3% em 1989, para 24, 8%, em 1999” (Ibid., Idem, p. 191).

Em seguida, o crescimento do desemprego de longa duração, o qual considera a força de trabalho que se encontra desempregada por um período maior que seis meses. A insegurança no emprego também se torna indicadora de precarização por abranger à percepção dos trabalhadores acerca do medo de perdê-lo, pois já não sentem mais seguros em conseguir outro posto de trabalho compatível com o anterior.

Por fim, a tendência na elevação dos arranjos de trabalho não usuais e não formais, do tipo trabalhador temporário e subcontratado, reflete outro aspecto da precarização, a qual conseguiu ser consubstanciada após os empregadores ajustarem suas reservas de mão de obra às condições da demanda. Com isso as empresas passaram a comprar produtos e serviços de outras, disseminando a predominância da terceirização. Dessa forma, a institucionalização da indústria de assistência temporária contribuiu no aumento da precariedade ao tornar todas as formas de trabalho potencialmente substituíveis por temporários.

A intensificação das expressões do trabalho precário tem acelerado a expansão do emprego inseguro e temporário, destituindo a sociedade do pleno emprego e solidificando atividades no setor informal e temporário no setor formal como retratos da precarização do trabalho, assumindo diversas dimensões, se fazendo presente nas formas de inserção e contrato, na informalidade, na terceirização, na desregulação e flexibilização da legislação trabalhista, no desemprego, na perda salarial, na fragilidade dos sindicatos (KALLEBERG, 2010).

Os argumentos apresentados anteriormente perfilam um quadro completamente distinto daquele que perdurou no século XX, onde a garantia do trabalho regulamentado estava presente no seio das relações de trabalho. A erosão dos direitos na contemporaneidade faz as relações de produção caminhar rumo a um processo de precarização, em que “o trabalho estável torna-se, então, (quase) virtual” (ANTUNES, s/n, p. 6).

Investir no desmonte da legislação social protetora do trabalho implica em duras consequências para o trabalhador, abrindo um leque de possibilidades cujo fim é aumentar a exploração por parte dos detentores do capital. Ou seja, são alicerçados meios de exploração mais intensos, ao mesmo tempo em que recompõe novas bases ideológicas no aparato da força de trabalho, objetivando dismantelar a cultura organizativa e as entidades dos trabalhadores, mantendo a hegemonia burguesa.

O que torna mais grave é que a precarização e a insegurança vem avançando em escala continua, sustentado pelo trabalho sem garantias e mal pago, ao passo que o trabalho estável sofre com a penetração dos ditames da flexibilização, um movimento que corrobora com o alargamento das margens de lucratividade e acumulação de capital.

A participação do Estado nesse momento é muito importante, pois ele assume um forte papel intervencionista direcionado ao fortalecimento e a viabilidade das condições de produção e reprodução do capital. O papel interventor do Estado em favor do capital está evidenciado tanto no plano econômico (com os fundos públicos servindo a maioria das grandes empresas capitalistas, nas chamadas parcerias público-privada) quanto no plano político, uma vez que o sistema necessita da autoritária legislação antitrabalhista para manter o seu domínio neoliberal.

Com isso, as ações desenvolvidas pelo Estado objetivam viabilizar as requisições do fluxo de mercadorias e dinheiro, fazendo uso de dispositivos como a

desregulamentação dos direitos sociais, a garantia fiscal ao capital, a política de privatização, dentre outras possibilidades capazes de realizar a acumulação do capital.

Contudo, refletir acerca das novas determinações à força de trabalho, tomando por parâmetro as relações e condições de trabalho que a envolve na contemporaneidade, nos auxiliará na identificação do papel do Estado frente à expansão do capitalismo sob o ideário neoliberal, o que iremos tratar a seguir.

CAPÍTULO 2

A PRECARIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA O ASSISTENTE SOCIAL

2.1 – A contrarreforma do Estado e os impactos na (des)regulamentação do trabalho

O advento do modo de produção urbano-industrial brasileiro solicitou ao Estado a instauração de um aparato regulatório a nova força de trabalho, capaz de viabilizar os ganhos da acumulação. O estabelecimento das leis trabalhistas sobre a força de trabalho vislumbra atender a um conjunto de medidas direcionadas aquele novo padrão de acumulação.

Para estabelecer aquela nova ordem, a população em geral e as que afluíam às cidades necessitava ser transformada em exército de reserva, instaurando a dinâmica da produção industrial nos centros urbanos, com uma força de trabalho assalariada e desapossada dos meios de produção e dos meios de vida. A formação do exército de reserva assume uma função importante nessa dinâmica, pois estabelece a garantia dos elevados níveis de produtividade do trabalho ao aumentar a competição entre os próprios trabalhadores, contribuindo na redução dos salários, ao fazer a oferta de mão de obra crescer em relação à demanda (IAMAMOTO, 2008). Assim, essa conformação sustenta a garantia de uma oferta abundante e permanente de força de trabalho a baixo custo.

Agregada a essa lógica, o estabelecimento das leis trabalhistas aparecem para igualar, de certo por baixo, o preço da força de trabalho (OLIVEIRA, 2008). Ela se torna um dispositivo a favor da lucratividade à medida que coloca a questão salarial em um patamar supostamente equânime e igualitário para todas as categorias de trabalhadores urbanos.

Nesse escopo de reconfiguração no modo de produção brasileiro, o papel assumido pelo Estado opera no estabelecimento de um arsenal de regulamentações, como as que envolvem o trabalho, o incremento de subsídios para atividades produtivas e ampliação das ações de infraestrutura requeridas pela crescente urbanização. Uma ampliação nas funções do Estado que dinamiza o processo de industrialização e da sustentação a um sistema legal de proteção social aos trabalhadores urbanos.

A atuação estatal esteve direcionada a políticas sociais universais de pleno emprego e a um sistema de seguridade social útil na amenização dos problemas sociais. Demarcando assim, o momento em que o desenvolvimento das políticas

sociais no Brasil se aproximou, mas não se configuraram enquanto tal, do cariz keynesiano presente nos países centrais.

De acordo com Gomes (2009), diferentemente da “experiência welferiana de publicização do privado, o Brasil desde sempre realizou o processo de privatização da esfera pública” (Ibid., Idem, p. 471). Ou seja, expandiu-se embasado num padrão de financiamento público.

O fundo público, nesse entendimento, assume a função de reprodução do capital e da força de trabalho. Como adverte Oliveira (1988) o fundo público passa a mediar por um lado “o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, [...] e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais” (Ibid., Idem, p. 8).

No tocante ao financiamento público na reprodução da força de trabalho, as despesas foram direcionadas ao chamado salário indireto, como educação, saúde, previdência e outros serviços assistenciais (SOUZA, 2009). Os salários indiretos representam concessões/conquistas que assumem uma dupla dimensão a depender da correlação de forças na luta pelos interesses de classes em questão. Ou seja, em momentos de expansão as negociações se ampliam e na recessão eles são restringidos, comprimidos. Um aspecto que demonstra o deslocamento do conflito capital e trabalho para o interior do Estado.

O financiamento por meio dos gastos sociais possibilitou abranger parcelas consideráveis das classes subalternas. Além disso, proporcionou o consumo em massa, uma vez que o gasto dos salários diretos ou da renda domiciliar não necessitaria mais ser utilizada diretamente com a manutenção de sua força de trabalho. Com isso o Estado contribuiu indiretamente com o crescimento vertiginoso dos mercados.

O desenvolvimento capitalista, dessa forma, sustentou-se na presença do fundo público financiando os gastos com o social e a reprodução da força de trabalho. Com a internacionalização produtiva e financeira parte dos gastos fiscais foram perdidos, deixando aos fundos públicos nacionais o encargo de continuar financiando e articulando a reprodução do capitalismo e da força de trabalho (OLIVEIRA, 1988).

Segundo Souza (2009) o desequilíbrio gerado nas receitas fiscais devido à desterritorialização dos processos produtivos ocasionou um crescente déficit público, levando o padrão de financiamento público a entrar em crise. O Estado

redimensionou-se, assumindo um caráter diminuto sob os auspícios do capital, tendo na redução de sua ação reguladora a mudança imediata.

Quando o grande capital rompe o “pacto” que suportava o Welfare State, começa a ocorrer à retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais [...] encarna a estratégia capitalista de “redução do Estado”, num processo de “ajuste” que visa a diminuir os ônus do capital no esquema geral de reprodução da força de trabalho (e das condições gerais de reprodução capitalista). (NETTO, 1996, p. 99).

O enfrentamento a essa crise teve como exemplos emblemáticos os programas de governo, com proposições neoliberais, de Thatcher e Reagan. As medidas por eles adotadas auxiliaram na expansão dos ideais neoliberais enquanto alternativa à crise instalada. Uma aguda reação teórica e política contra o intervencionismo estatal que, para os seguidores daquele ideal, provocou o desestímulo dos trabalhadores a trabalhar, e as formas tradicionais de proteção social deixaram os pobres dependentes do Estado (ANDERSON, 1995).

O projeto neoliberal trouxe em seu amago medidas capazes de reconduzir, estrategicamente, as formas de exploração da força de trabalho. Medidas essas que se expressam na ofensiva contra o trabalho, suas formas de organização e luta, atingindo as leis e direitos trabalhistas.

Sob os auspícios neoliberais, o processo de erosão dos direitos sociais foram implantados e apresentados à sociedade enquanto um dispositivo necessário à libertação das amarras de um Estado protetor. As consequências disso encontram-se no repasse à sociedade civil responsabilidades antes alocadas às ações estatais, e a despolitização de demandas democráticas, de luta pela democracia. Para a força de trabalho, os desdobramentos foram constatados no aumento do desemprego, na compressão sobre os salários daqueles que se mantiveram no emprego e no ataque aos sistemas públicos de seguridade social e formas institucionalizadas de coberturas privadas (NETTO, 1996).

Dessa forma, a expansão neoliberal provocou a regressão nas conquistas da classe trabalhadora a partir da refuncionalização do papel do Estado perante as relações sociais, se aproximando cada vez mais dos ditames do mercado.

As medidas causadoras do processo de desregulamentação do trabalho e consequentemente a precarização das condições e relações de trabalho visam

atender as orientações de produtividade e rentabilidade do capital, em um cenário orientado, como ressalta Behring (2008), pela lógica da atratividade, adaptação, flexibilização e competitividade das ações do Estado.

Imbuído dessa lógica, o Estado se volta à adoção de atrativos capazes de assegurar as novas relações com grupos internacionais, elaborando e implantando ações direcionadas as necessidades do mercado.

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

Tais providências deixam explícitas a recondução do papel do Estado sob a égide neoliberal. No âmbito das relações de trabalho essas medidas restritivas tomaram forma com a flexibilização e desregulamentação dos direitos anteriormente conquistados. Estratégias que foram decisivas na redução dos salários, na segmentação do mercado de trabalho e, ao reportarmos as políticas de privatização, a redução na dimensão do setor público, das instituições públicas.

Dessa forma, a experiência vivenciada com a reforma no Estado brasileiro marca em sua essência um movimento de contrarreforma, como qualifica Behring (2008), em que o Estado se volta prioritariamente para o capital, instaurando um profundo retrocesso social em benefício de poucos.

O Estado passa a ocupar uma posição distanciada daquela mediada pelas orientações keynesianas, instaurando um processo de desregulamentação do trabalho através dos preceitos da flexibilização dos processos, relações e organização do trabalho.

Os princípios do projeto neoliberal no Brasil tomam forma durante o mandato do presidente Fernando Collor, no início dos anos 1990, com o desenvolvimento de ações que visaram à redução do Estado nos gastos com o social, privatização de empresas estatais e a abertura da economia ao mercado internacional.

Para deslanchar tais proposituras, o governo abriu as portas à economia internacional, contando com o “auxílio” financeiro das instituições multilaterais, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), as quais impuseram um ajustamento à ordem da economia mundializada, baseada em mudanças tanto econômicas quanto sociais.

Ao estabelecer uma relação de dependência financeira, o país endividado passa a tutelar do sistema financeiro internacional, respondendo aos ditames dos programas de ajuste estrutural e de reformas que assegurem a ampliação da participação do capital privado nas políticas sociais. Assim, elas também foram duramente afetadas ao serem consideradas geradoras do desequilíbrio nos gastos do Estado. Com esse discurso elas vão paulatinamente perdendo o seu caráter de direito social e a minimização estatal para os trabalhadores se consolidando.

De acordo com Souza (2009), predomina a concepção de que as políticas sociais não se constituem um direito a ser assegurado pelo Estado, mas sim um ato de solidariedade que deve ser assumido pela própria sociedade por meio das organizações não governamentais (ONG), cabendo ao governo apenas a regulamentação delas.

A parceria estabelecida com as agências multilaterais agrava as condições de vida da sociedade, pois os recursos financeiros alocados pelo Estado são desviados para o pagamento das dívidas contraídas internacionalmente, “conduzindo os diversos Estados subalternizados a uma compressão de suas rendas reais e ao reforço da economia de exportação orientada por uma força de trabalho barata” (BRAGA, 1996, p. 185).

A aproximação dos governos brasileiros com tais agências não expressa um fato isolado ao período que compreende o início dos ditames neoliberais no país, ele transcende e torna uma tendência que se revigora a cada novo presidente eleito. As investidas na proposta de Reforma do Estado brasileiro implantadas nos anos 1990 é uma das expressões delineadas por tal tendência. Ela assumiu a perspectiva de formalizar um processo de desconstrução da regulamentação da força de trabalho, um projeto reformador que encontrou condições econômicas e sociais favoráveis a seu desenvolvimento, estabelecidas com a implantação do plano de estabilização econômica.

O Plano Real, capitaneado por Fernando Henrique Cardoso (FHC) quando ainda era Ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco (1994), possibilitou tornar estável a inflação com a adoção de uma nova moeda. Feito esse que sustentou a campanha de FHC rumo à presidência da república.

De acordo com as análises de Behring (2008) acerca desse assunto constatamos que a execução do plano real fez parte de um conjunto de planos de estabilização monetária recomendado pelo Consenso de Washington e financiados

pelas agências multilaterais, as quais renegociaram dívidas antigas a fim de aprofundar a desregulamentação dos mercados locais a favor do capital estrangeiro.

O Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial (FIORI, 1997 apud BEHRING, 2008, p. 156).

Dessa forma, o plano real representou um ancoradouro de esperanças frente ao cenário de desestabilidade monetária, com os altos índices inflacionários e tentativas frustradas de recompô-la.

Não obstante, a dinâmica baseada numa conjugação de reestruturação produtiva perversa e políticas macroeconômicas capazes de freiar o dinamismo econômico resultou no alargamento do desemprego expresso na destruição de postos de trabalho e na redução do quantitativo de empregos formais (TEIXEIRA, 2000 apud BEHRING, 2008).

A perda dos postos de trabalho conduziu milhares de desempregados a formas amorfas, e em muitos casos precárias, de relações e condições de trabalho, em que nem o setor de serviços nem o público formam capazes de absorvê-los. Nesse aspecto, os estudos de Pochmann (2008) nos auxiliam a verificar a evolução dos níveis de emprego nessa delimitação temporal.

O movimento de reestruturação produtiva no país resultou na considerável elevação do desemprego, atingindo um percentual de 130% no período de 1990 a 1992, seguindo de 18, 5 % entre 1993 e 1997, e de 45% no intervalo de 1998 a 1999. O avanço do desemprego nessa década decorre do aumento nas importações, o endividamento público e a internacionalização do parque produtivo interno, proporcionando a contenção de empregos. A propalada reforma do Estado, nos alerta Behring (2008), também fomentou o desemprego através de mecanismos que flexibilizaram e desregulamentaram as relações de trabalho, recrudescendo as condições de vida e trabalho com ataques simultâneos aos direitos já conquistados.

A consubstanciação da reforma do Estado proposta pelo Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), empreendida pelo governo de FHC a partir de 1994 e instituída nos anos 1990, formalizou uma organização e gestão da força de trabalho no serviço público, mais flexível e precária.

As proposituras da reforma do Estado comungaram plenamente com o movimento de difusão do ideário neoliberal. Uma proposta reformista que dá concretude as ações de FHC direcionadas a liberalização comercial, as privatizações e ao programa de estabilização monetária estruturado no Plano Real.

A reforma da administração pública ou reforma gerencial do Estado teve seus contornos delineados nos argumentos de Bresser Pereira, apresentando uma propositura que objetivou o Estado mínimo, destruindo a sobrevivência do Estado nacional e regulador.

Os fundamentos apresentados pelo mentor intelectual desta reforma apresentou um discurso mistificador de que o país enfrentava a dura crise fiscal dos anos 1980 necessitando de uma rigorosa disciplina fiscal, com privatizações e liberalização comercial. Coloca ainda que a Constituição de 1988 condenou o Brasil a uma volta ao passado, pois em um momento de necessária reformar na administração pública, de forma a torná-la mais eficiente e de melhor qualidade, aproximando-a do mercado privado de trabalho, ocorreu o inverso.

Nesse sentido, o discurso apontou a necessidade imperiosa de uma reforma estatal bem ao gosto do projeto neoliberal, reconfigurando o Estado a uma matriz social-liberal:

[...] social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará os seus serviços sociais e científicos principalmente por meio de organizações públicas competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação de recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (BRESSER PEREIRA, 2002 apud SOUZA, 2009, p. 141).

A necessidade de o Estado assumir uma administração pública eficiente e moderna nas áreas sociais deslocou o seu papel de garantidor de direitos, transferindo para as organizações públicas não estatais competitivas a contratação e execução de políticas sociais importantes como saúde e educação. Quanto ao mercado de trabalho, a proposta de intensificação do controle por parte do mercado impôs formas flexíveis de contratação da força de trabalho justificada pela necessidade de reduzir encargos públicos.

Disposto nessa conformação, o projeto de Bresser foi totalmente incorporado como um projeto de governo, através do Plano Diretor da Reforma do Estado e elaborado pelo extinto Ministério da Administração e da Reforma do Estado (Mare). Nele ficaram expressos os componentes básicos da propalada reforma dos anos 1990, sustentada na: delimitação do poder do Estado, reduzindo suas funções através da privatização, terceirização e publicização, que envolveu a criação de organizações sociais; na redefinição do papel regulador do Estado através da desregulamentação; no aumento da governança, ou seja, a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo, através de ajuste fiscal; o aumento da governabilidade ou da capacidade política do governo intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (BEHRING, 2008).

Com a reforma do Estado planejou-se, através do Plano Diretor, estratégias de atuação estatal orientadas em quatro setores de ação distintos:

Núcleo Estratégico, que formula políticas públicas, legisla e controla sua execução, composto pelos três poderes; Setor de Atividades Exclusivas, onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar, a exemplo da previdência básica, educação básica, segurança e outros; Setor de Serviços Não-Exclusivos, onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, como as universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus; e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado, a exemplo de empresas não assumidas pelo capital privado (BEHRING, 2008, p. 182).

A distribuição das ações do Estado por setores atendeu aos preceitos inovadores da administração pública moderna, como preconizava seus mentores, além de mostrar a que tipo de eficiência ele deveria adotar: a do mercado. A ineficiência da administração pública foi um dos problemas identificados por Bresser como o causador da não resposta do Estado à sociedade, e isso deveria ser combatido com um Estado menos direcionado a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição, através da contratação de organizações públicas não estatais.

Dessa forma, o Estado estabeleceria uma parceira mediante um contrato de gestão, transferindo em larga medida parte dos recursos públicos para a esfera privada, sob o argumento de que estas novas instituições executariam as políticas sociais com maior eficiência e qualidade.

Na gênese da questão, o respaldo disso está na desresponsabilização do Estado e a autoresponsabilização dos sujeitos pelas respostas as suas próprias necessidades. Uma lógica que entra no Plano não com esse entendimento, mas como um processo de publicização onde a sociedade estabelece parcerias de financiamento e controle social na execução de serviços competitivos, ou não, exclusivos do Estado.

O afronte a concepção de seguridade social instituída na Constituição de 1988 é visível e incisivo. Sob solo neoliberal direcionado por um Plano de Reforma como esse não é possível efetivar em plenitude a concepção de seguridade que articule saúde, assistência e previdência sem ser de forma fragilizada. A rede de proteção ampliada, coerente e consistente, cujo objetivo era permitir a transição de ações fragmentadas, desarticuladas e pulverizadas para um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos, vislumbrando assegurar os direitos sociais nas três áreas de abrangência da seguridade, é descaradamente ameaçada a partir desse contexto.

O saldo dessa reforma para as políticas sociais é um processo profundo de reorientação neoliberal direcionada a implementação de políticas focalizadas, de gestão descentralizada e divididas entre demandas públicas e privadas, já que a redução da intervenção do Estado na área social promoveu a distinção de uma demanda lucrativa para os serviços privados. E para a força de trabalho, sua execução abriu um leque de possibilidades de flexibilizar as regulamentações existentes anteriormente.

O Plano, de acordo com as análises de Souza (2009), afrontou diretamente a forma de inserção da força de trabalho na administração pública. Nele está depositada a compreensão de que a Constituição de 1988, e posteriormente o advento do Regime Jurídico Único, foi a grande responsável pelo estabelecimento de privilégios aos trabalhadores do serviço público, retirando do Estado a sua flexibilidade operacional.

Dessa forma, atribuiu-se a legislação que regulava as relações de trabalho no setor público a adoção de um caráter protecionista e a culpa pela falta do “espírito empreendedor” dos trabalhadores. A causa disso, segundo o entendimento dos idealizadores do Plano, centrava na estabilidade adquirida pelos servidores após a realização de concurso público, algo que para os propositores do Plano dificultava no momento de cobrar a realização do trabalho. De posse desse diagnóstico estava

justificado os argumentos para se implantar “as propostas de flexibilização das relações de trabalho no setor público através das mudanças na legislação” (Ibid., Idem, 145). E assim foi feito quando se instaurou o processo de desregulamentação das relações de trabalho no serviço público.

É após o advento e consolidação da reforma do Estado que se constata uma crescente precarização nas relações e condições de trabalho, facilitada pela adoção de medidas flexibilizadoras e a quase ausência do Estado mediando às relações entre o capital e trabalho. Ou seja, como forma de racionalizar os gastos públicos com a força de trabalho, o Estado adota a flexibilização das relações contratuais de trabalho, eximindo-se da responsabilidade direta na regulação de tais relações, inclusive referente aos dispositivos de proteção social dos trabalhadores.

O aparato das normas legais que regulava as relações de trabalho foi então fragilizado. A máxima do trabalho regulamentado por um conjunto de normas legais que assegurasse o trabalhador quanto à proteção de seus direitos ao estabelecer relações de trabalho “mediadas pela intervenção de atores sociais – como o Estado, o empresário e a organização sindical [...]” (SOUZA, 2009, p. 124) tornaram-se cada vez mais aquebrantada. Ascende uma progressiva desregulamentação¹⁰ do mercado de trabalho, o qual se contrapõe ao propósito anterior ao estabelecer um conjunto de desarranjos e desmontes da proteção social do trabalho, coadunando com a ampla agenda de reformas implementadas no país.

A forma pela qual vem sendo conduzida a desregulamentação do mercado de trabalho no país – por meio de medidas provisórias, emendas constitucionais, portarias e decretos, todos os objetos de menor resistência política – se constitui numa estratégia deliberada do governo federal, em aliança com determinados grupos sociais de grande expressão (empresários e parte do sindicalismo de resultados), estratégia esta sintonizada às diretrizes mais gerais da reforma do Estado no Brasil (CARDOSO JÚNIOR, 2001, p. 49).

Adentrando na compreensão acerca das estratégias de desregulamentação do mercado de trabalho impostas a partir do Plano de Reforma do Estado, as análises de Cardoso Júnior (2001) indicam que a adoção de tal medida visou o desmonte precoce de um arcabouço regulatório conquistado em tempos pretéritos.

¹⁰ O conceito de desregulamentação para compreender o conjunto de alteração na regulamentação do trabalho adicionado aqui integra a compreensão dada por Cardoso Júnior (2001) em seu artigo intitulado: Crise e desregulamentação do trabalho no Brasil.

Sob o conjunto de alterações organizadas por meio de edições de Medidas Provisórias e Emendas Constitucionais, o marco que regula as relações de trabalho presentes na Constituição de 1988 e na Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) vai de maneira gradual e pontual perdendo aspectos importantes em relação a algumas conquistas trabalhistas.

As modificações introduzidas na regulamentação das relações de trabalho apresentam traços da incorporação de uma lógica racionalizadora que marcou o modo de produção industrial. Na administração pública essa lógica se operacionalizou por meio de um conjunto de medidas legais que se aglutinaram em função de promover importantes modificações em eixos centrais da organização do trabalho, principalmente na garantia da estabilidade de seus trabalhadores.

Dentre as formas de desregulamentação concretizadas no serviço público podemos observar algumas que foram emblemáticas nesse processo. De acordo com os estudos de Souza (2009) e Cardoso Júnior (2001), a criação da Emenda Constitucional nº19 de junho de 1998 introduziu, dentre outros dispositivos, o princípio da eficiência na administração pública, instituiu formas de ingresso na carreira pública por meio de contratos celetistas e não unicamente pelo Regime Jurídico Único (REJU), e delineou critérios de demissão baseados na insuficiência de desempenho, contenção de gastos e/ou falta grave, sendo essa passível de recurso.

A relação dessa Emenda com o REJU enfatiza a importância que a lógica da Reforma Administrativa do Estado proporcionou aos trabalhadores públicos. Ao conferir novo conteúdo ao artigo 39 da CF/88, a Emenda nº19 extirpou a exigência de um Regime Jurídico Único no âmbito da administração pública, instituindo formas contratuais regimentadas pela CLT para o ingresso no serviço público.

A categoria emprego público foi formalizada com Lei nº 9.962 de fevereiro de 2000. Nela estabelece que admitidos na forma emprego público devam seguir os preceitos regidos na CLT, a qual mantém como forma de ingresso a seleção por concurso público, mas sem ser obrigada a garantia da estabilidade do trabalhador. “Dentro dos parâmetros da CLT, poder de contratar é poder de demitir” (SOUZA, 2009, p. 164), porém para demissão é necessário que tenha incorrido em falta grave, acumulação ilegal de cargos públicos, insuficiência de desempenho ou redução de pessoal por excesso de despesas. Ainda de acordo com a autora citada, atrelada a essa Lei aos mecanismos dispostos na EC nº 19, foi possível se diversificar as

formas de ingresso e vínculos no serviço público, admitindo-se desde estatutário à celetista, temporários, terceirizados por meio das cooperativas e organizações sociais.

Quanto à contenção de despesas da administração com a força de trabalho, a Lei Complementar nº 96 de 31 de maio de 1999 definiu limites de gastos para União, Estados e Municípios. Nela, e posteriormente na Lei de Responsabilidade Fiscal, os entes federados são obrigados a cortar gastos e demitir trabalhadores todas as vezes que exceder o limite estipulado em Lei.

Ela também prevê que a exoneração de servidores estáveis deverá ocorrer mediante ato normativo especificando a “economia de recursos, o número de servidores a serem exonerados, o órgão e a atividade a serem objeto de redução de pessoal, e os critérios para a escolha dos servidores estáveis a serem desligados” (CARDOSO JÚNIOR, 2001, p. 51).

A lei nº 8.745 de dezembro de 1993, e alterações dadas pela Lei nº 9.849 de 1999, estabelece a contratação por tempo determinado de trabalhadores para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. A criação dessa Lei centra nos incisos do artigo constitucional nº 37 o qual esclarece que cada instância do poder público deverá estabelecer legislação específica para firmar contratações temporárias.

No espectro de modificações contidas nessa Lei, a possibilidade de contratar por tempo determinado com possibilidade de prorrogação de contrato foi sem dúvidas a de maior gosto dentre os contratantes na esfera pública. A renovação do contrato temporário se torna possível desde que decorrido dois anos de finalização do último contrato. Porém, esse preceito legal referente ao prazo se encobre de irregularidades quando o período de permanência do trabalhador extrapola o limite permitido em Lei, tornando algo de necessidade temporária em permanente.

As atividades passíveis de contratação por tempo determinado abrangem o caráter de urgência na necessidade, contudo na execução dessa Lei ocorre uma infinidade de justificativas distorcidas que terminam por respaldar essa contratação a inúmeros cargos e funções importantes, ocasionando “uma nociva rotatividade para as atividades fins e de caráter estruturante das ações públicas, a exemplo das ações no campo da saúde” (SOUZA, 2009, p. 157).

Na esteira da flexibilização das condições de contratação e demissão da força de trabalho no setor público brasileiro, esse conjunto de medidas visaram além do

estabelecimento de novas contratações amparadas por contratos formais de trabalho, como o caso dos contratos por tempo determinado, destinaram-se a reduzir os custos com a contratação e demissão dos trabalhadores.

A reforma administrativa do Estado proporcionou a incisão no modelo de regime estatutário vigente. As mudanças condizentes com a flexibilização das relações e condições de trabalho fez emergir novos regimes de trabalho além do estatutário (com estatuto funcional regulamentado pela Lei 8.112/90, o Regime Jurídico Único), como o regime celetista (com a CLT regulando as relações), regime especial (estabelecido para os funcionários temporários) e o regime de cargos em comissão (cargo de livre nomeação e exoneração ocupado por servidores de carreira para atribuições de direção, chefia e assessoramento).

Assim, o Estado adota como estratégia gerencial a desregulamentação do trabalho, por meio da redução dos gastos com a força de trabalho pelo mecanismo do desemprego e pela redução dos encargos do trabalho formal. Ao servidor público a emersão de um contingente de legislações trabalhistas flexíveis criou a distinção entre estáveis e não estáveis, em que os primeiros gozam de certa garantia de direitos e são em menor número, enquanto que os outros são em maior quantidade e estão mais propícios a desregulamentações e precarização do trabalho.

As legislações criadas e as reformuladas pelo Estado revelaram a dinâmica inicialmente tomada no setor privado e que invade o setor público fundando o estatuto flexível do trabalho. A consequência imanente dessa lógica se reflete na precarização das condições e relações de trabalho do servidor público, por meio da instabilidade no trabalho, assim como o impacto disso na subjetividade e saúde do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados a população.

A rigor, as proposituras da reforma administrativa do Estado evidenciaram a consolidação dos preceitos neoliberais na realidade brasileira do serviço público. Um arsenal de medidas estrategicamente implantadas direcionadas a contenção dos custos com a força de trabalho e os serviços prestados pelo Estado, sob a justificativa de melhorar a eficiência e eficácia administrativa.

O processo de desregulamentação do aparato legal da força de trabalho do serviço público brasileiro, a partir da adoção de medidas restritivas à proteção ao trabalho, tem conduzido os servidores a condições e relações de precarização gradual e continua.

Essa realidade atinge os trabalhadores da área da saúde pública brasileira e é sobre esse cenário que se fará as reflexões do próximo subitem, a fim de vislumbrar as respostas dadas pela administração estatal às condições de precarização identificadas nos espaços de atuação na saúde.

2.2 – A precarização do trabalho no campo da saúde

A lógica do capital adentrou no setor de saúde brasileiro em meados da década de 1960, quando o número de grupos de medicina privada aumentou centrando-se mais na lógica do lucro do que na saúde ou cura da população. Dessa forma, cresce o desenvolvimento de técnicas e tecnologias avançadas e de alto custo, capazes de tornar o setor saúde atraente as formas lucrativas do capital.

Passam a investir, preferencialmente, em grandes hospitais centralizados e equipamentos biomédicos de alto custo, favorecendo e concentrando os recursos financeiros em grandes grupos empresariais, indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos e em corporações profissionais fortes (ALEIXO, 2002, p. 4).

Nesse sentido, implantou-se um modelo de saúde que privilegia o produto privado, com ênfase na prática médica curativa, assistencial e especializado, diferenciando o atendimento de acordo com a clientela. Ao Estado coube a articulação com os interesses do capital internacional por intermédio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, consolidando uma rede hospitalar privada e lucrativa. Enquanto que a assistência básica ficava a mercê dos insuficientes serviços públicos desequipados ou das entidades de caridade (BRAVO, 2009).

Nas décadas de 1970 e 1980 o investimento privado na saúde brasileira se ampliou, demarcando um “momento em que o Estado era o maior financiador do sistema de saúde brasileiro, que viria a ser chamado de “Complexo Médico-Industrial”” (SILVA, 2006, p. 33). Um período em que o surgimento de tal complexo serviu para dar conta das relações existentes entre os diversos agentes do sistema de saúde: a assistência médica e formação profissional, além das indústrias farmacêuticas, de equipamentos hospitalares e instrumentos de diagnóstico. Marca,

assim, a forte presença capitalista na área médica ditando, a partir de então, a dinâmica do setor de saúde brasileiro.

Na contra corrente desse modelo ganha força em fins dos anos 1980 o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, um momento marcado por um longo processo de resgate da saúde pública e o redimensionamento das práticas médicas para a prevenção de doenças. Um movimento que consolidou seus principais debates em torno do acesso universal, da saúde enquanto um direito de todos e do olhar para o indivíduo como um todo, na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta conformação o Estado é colocado como garantidor da saúde e o principal empregador de uma força de trabalho que ocupa os espaços de execução da Política de Saúde, organizados político administrativamente de maneira descentralizada.

No âmbito da atenção primária à saúde, a principal referência na mobilização por mudanças na execução de seus serviços foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nela se estabeleceu como meta a “Saúde para todos no ano 2000” (SPT/2000), e que para atingir tal objetivo o caminho “seria o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma organização sistêmica do setor” (ALEIXO, 2002, p. 2).

A definição da Atenção ou Cuidados Primários de Saúde se constitui em um conjunto integrado de ações básicas que articula um sistema de promoção e assistência integral à saúde de uma população. Desenvolvendo ações compartilhadas com outros níveis do sistema de saúde direcionadas a prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, através da educação em saúde, do combate às enfermidades endêmicas locais, do provimento de medicamentos essenciais, dentre outras.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Dessa forma, a atenção primária lida com problemas de saúde mais comuns e ocupa uma estrutura menos onerosa do que os serviços da atenção terciária. Seus espaços geralmente são em unidades comunitárias como centros de saúde, escolas e lares, onde os usuários encontram acesso direto aos profissionais de saúde e de maneira contínua, sem a quebra no acompanhamento do processo de tratamento da enfermidade. Com essa conformação, a atenção primária se torna menos hierarquizada em sua organização, se comparada com os outros níveis de atenção, e menos intensiva quanto ao investimento de capital, aos custos com o serviço.

O projeto de Reforma Sanitária sofre intensas modificações durante a década de 1990 devido às propostas de cunho neoliberal que tomam a conjuntura brasileira e chega a Saúde como forma de reatualização da “estratégia privatista iniciada na década de sessenta” (SOUZA, 2009, p. 99). O projeto concebe como principais tendências à focalização, à contenção dos gastos racionalizando a oferta, a descentralização como forma de isentar o poder central das responsabilidades com a saúde, ou seja, é concebida com a transferência de competências e atribuições das esferas federal e estadual para os municípios.

O Estado, nessa compreensão, nos esclarece Bravo e Matos (2007), assume a tarefa de garantir o mínimo àqueles que não podem pagar, direcionando ao setor privado o atendimento daqueles que tem acesso ao mercado.

Assim, imperam propostas que redirecionam as ações no campo da saúde para um caráter focalizado, em que as populações mais vulneráveis são atendidas por meio de um pacote básico para a saúde. É com estímulos ao seguro privado, a descentralização dos serviços em nível local, às parcerias com as Organizações Sociais (OS), dentre outras condutas que o Estado passa a incentivar as privatizações no campo da saúde.

Os ataques à premissa de universalidade do direito a saúde, enquanto um dos eixos centrais trazidos pela Reforma Sanitária e preconizada no Sistema Único de Saúde (SUS), são recorrentes com o projeto de saúde articulado ao mercado. Uma vez que assume as concepções individualistas e fragmentadas da realidade, ao diferenciar o acesso entre os capazes ou não de pagar, contrariando as concepções coletivas e universais da reforma sanitária.

A contrarreforma do Estado em plena ampliação nesse período atinge a Política de Saúde por meio de ações de privatização e a constituição do cidadão consumidor de serviços privados de saúde e a defesa do SUS para os pobres. A

proposta de reforma para o setor da saúde integrou o conjunto de reformas adotadas pelo governo de FHC, e dirigiu-se a assistência ambulatorial e hospitalar, consideradas uma das partes fundamentais no que condiz com os custos para o SUS.

A reforma que atingiu a saúde brasileira esteve embasada em três ações distintas na execução da política. A primeira refere-se à descentralização dos serviços com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo. A segunda trata do estabelecimento da dicotomia entre ações de prevenção e de cura, rompendo com a concepção de integralidade ao instituir dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, responsável pelo atendimento básico e de responsabilidade do Estado, já que o setor privado não se interessa por ele; e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade e especialização. A terceira ação visava atingir um maior controle da execução dos recursos, por meio de um sistema de informações em saúde capaz de controlar despesas, avaliar qualidade, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos (BRAVO; MATOS, 2007).

Dentre as ações de reforma que atingiu a saúde chamamos atenção para a particularidade dos efeitos decorrentes da descentralização dos serviços de saúde, por entendermos ser relevantes compreender as competências do gestor municipal no desenvolvimento dos serviços de saúde da atenção básica.

A organização descentralizada do sistema de saúde proposta pela Reforma Sanitária procurou modificar o desenho e a lógica de um sistema público de saúde sem que fosse necessária a privatização da prestação dos serviços ou a recondução do papel do Estado de gestor e garantidor de direitos. Ou seja, vislumbrou-se um sistema capaz de se sobrepor a lógica do mercado, promovendo à atenção a população independente de ela ter que pagar por ele.

Contudo, optou-se por superar a tendência à burocratização dos serviços, adotando a descentralização como forma de repassar a responsabilidade pela organização e gestão dos sistemas locais de saúde aos municípios, a menor instância com poder formal dentre as esferas de poder.

Assim, a descentralização deteve-se a esfera dos municípios, não sendo inseridos nesse dispositivo os serviços privados e os filantrópicos ou não governamentais. Os municípios, e eventualmente os Estados, para integrá-los a rede única de atenção à saúde deve realizar contratos e convênios, acompanhando o seu

desempenho. Nessa compreensão, para garantir o caráter único e nacional da rede de serviços descentralizados coube às instâncias federais e estaduais a coordenação e o apoio sistemático dessa miríade de sistemas que adentraram a administração municipal de saúde. (CAMPOS, 2006)

De acordo com os estudos de Campos (2006), em função daquela diretriz o SUS vem sendo implantado de modo heterogêneo, mas apresentando grandes modificações no que tange a ampliação da cobertura e funções dos sistemas estaduais e municipais de saúde. Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), explorados pelo autor supracitado, mostram que até o final do ano de 2004 a descentralização dos serviços de saúde para os municípios havia assumido o comando de 97,6% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isso demonstra que dentre os níveis de complexidade a atenção básica foi a que mais se ampliou em decorrência do processo de descentralização. É importante pontuar que esse período correspondeu também à implantação das equipes de Saúde da Família pelos municípios brasileiros.

Os estudos ainda mostraram que no atendimento de nível secundário estão sobre responsabilidade da gestão municipal 60% dos ambulatórios, centros de referência e serviços de urgência e apoio a diagnóstico. O nível de alta complexidade, como as unidades de internação, estão em 56,12% sobre administração não dos municípios, mas das Secretarias Estaduais de Saúde.

O aumento nos índices de heterogeneidade entre as redes locais e regionais de saúde também se expressam no momento de adesão aos planos, metas e critérios avaliativos estabelecidos entre os entes federados. Pois a adesão a tais desígnios elaborados pelo Ministério da Saúde e algumas Secretarias Estaduais depende da iniciativa da gestão municipal, uma vez que os mesmos gozam de certa autonomia.

Isso faz com que aqueles órgãos federados tenham que lançar mão de dispositivos como forma de atrativos a adesão, e em muitos casos essa medida perpassa o estímulo financeiro, com o aumento no repasse de verbas para a saúde local. Assim, a legitimidade da política de saúde tem sido comprometida e dentro dela a atenção básica é a que mais reflete esses aspectos na gestão.

Aos municípios cabe então “o empenho diferente em implantar o SUS, a adesão ou não a programas e ações considerados prioritários e essenciais, a

diferença de ritmo no atendimento a necessidades de saúde da população” (CAMPOS, 2006, p. 142).

A adesão dos municípios aos projetos é embasada em critérios não obrigatórios, em acordos entre partes, tendo em vista suas prioridades sanitárias. No entanto o que se observa é que a decisão pela adesão não se estabelece apenas no risco ou vulnerabilidade epidemiológica, a presença ou não de outros fatores tendem a ser mais relevantes, pesam mais do que as constatações em saúde.

A vontade política dos dirigentes municipais, a capacidade de pressão da sociedade civil local, a organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde, o grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, todos esses e outros fatores tendem a pesar bastante em um sistema em que o poder da autoridade local de aderir a este ou aquele projeto é quase que absoluta (CAMPOS, 2006, p. 144).

Com as propostas preconizadas pela reforma na saúde, elencadas anteriormente, fica nítida a cisão do SUS. Uma fratura que propõe a divisão em dois blocos, com projetos distintos: o direcionado ao atendimento hospitalar, articulado ao mercado, e o outro ao atendimento básico, baseado na reforma sanitária. Com isso, coube ao Estado à função de garantir um pacote básico de serviços com caráter focalista, capaz de atender aqueles impossibilitados de pagar, enquanto que o setor privado tratou de cuidar das demandas detentoras de recursos financeiros o suficiente para garantir seu acesso aos serviços privados de saúde (BRAVO, 2009).

No projeto destinado ao atendimento básico a ênfase é para programas focais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF); sendo essa atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) devido à amplitude de suas ações, passando a assumir um perfil mais descentralizado e a efetivação do programa enquanto política de governo; cuja execução também fica a cargo da esfera municipal.

Devido à aproximação que o NASF estabelece com a ESF alguns aspectos acerca dessa estratégia que necessitam ser abordados. A ESF foi criada sob o mote de substituição ao modelo tradicional centrado na doença, assumindo o desafio de redimensionar o objeto de atenção, atuação e organização geral dos serviços. Dessa forma, em consonância com os princípios do SUS, apresentou uma nova

proposta de atuação onde o processo saúde e doença assumiu uma compreensão ampliada.

A ESF se tornou a porta de entrada dos usuários do SUS na atenção básica de saúde, contando com o apoio de uma equipe composta por no mínimo um médico da família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde. A essa equipe mínima pode ser incorporado outros profissionais, a depender da demanda dos serviços e da gestão local.

Na segunda metade da década de 1990, a atenção básica em saúde tornou-se um item central na agenda setorial, tudo isso decorrente da maior autonomia dos municípios na gestão e provisão dos serviços de saúde.

A Estratégia Saúde da Família, dentro desse processo de reforma setorial em curso no país ao longo das duas últimas décadas, adquiriu o estatuto de política prioritária para reorganizar os sistemas locais e se tornar a “porta de entrada” do SUS. Monnerat et al. (2007) chama atenção para a municipalização como uma das características mais marcantes dentro do setor saúde, já que os mesmos assumiram as funções e responsabilidades anteriormente destinadas a esfera da União.

Na condução do processo reformador, a instância federal criou uma série de incentivos à transferência de atribuições setoriais para os municípios. A edição e implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB) na década de 1990 são exemplos da contribuição federal na regulação do processo de descentralização da saúde, sendo a NOB 96 a que teve maior expressão no processo de descentralização, assegurando medidas de fortalecimento e reorganização da atenção básica de saúde (MONNERAT, et al, 2007).

Mesmo com diferentes medidas de incentivo a atenção básica, é a adoção da ESF que toma lugar de destaque quando se trata de reestruturação da saúde, direcionada a atenção integral à saúde. Uma Estratégia que surgiu em 1994 e adquiriu expressão nacional no ano de 1995, tendo sido desenhada a partir de experiências estaduais e regionais do Programa de Agentes Comunitários (PACS).

A reorientação do modelo de atenção à saúde ficou orientada por uma estratégia que reúne aspectos divergentes ao modelo médico hegemônico, pois se sustenta na noção de território, na visão ampliada do processo saúde-doença, na noção de vínculo (ao responsabilizar a equipe por uma determinada parcela da população), e na visão ativa da intervenção em saúde (uma vez que não aguarda a demanda chegar à unidade de saúde).

A expansão da ESF pelos municípios através da descentralização das ações em saúde proporcionou, conseqüentemente, a criação de novos espaços de atuação profissional alargando as possibilidades de absorção da força de trabalho pela via do emprego público municipal na área da saúde. O município assumiu a gestão direta da força de trabalho se tornando o responsável pela contratação, regulamentação e manutenção da mesma.

Dessa forma, Souza (2009) nos mostra que a implantação das proposituras da contrarreforma do Estado no campo da saúde acompanhou duas estratégias fundamentais: a desregulamentação do trabalho e a descentralização das ações de saúde. A primeira ocorreu pela via da redução de gastos com a força de trabalho, efetivada tanto por meio do desemprego quanto pela redução de encargos com o trabalho formal regulamentado. Já a segunda condiz com a transferência de ações seletivas e focalizadas para as atribuições municipais.

O fenômeno da desregulamentação das relações de trabalho, que também afetou o setor público ao longo da década de 1990, expressou a incapacidade administrativa de o Estado fazer cumprir os requisitos constitucionais do concurso público e a aplicação do Regime Jurídico Único (REJU) para seus servidores frente a invasão da lógica da flexibilização do trabalho. Uma tendência que não afetou apenas o fundamento legal do trabalho na administração pública dos Estados e municípios, mas se proliferou na esfera federal, instituindo os mais variados tipos de contrato de trabalho.

Na compreensão de Nogueira (2006) os diversos tipos de admissão no serviço público que não seja por meio do concurso público ou seleção pública se conformam como vínculos irregulares, salvaguardados os trabalhadores terceirizados. Esses são admitidos para exercerem atividades não finalísticas e estão vinculados a uma empresa terceira, mas postos sob o comando técnico e administrativo da instituição pública. Tal estruturação é incorporada também a força de trabalho inserida no campo da saúde durante a reforma administrativa do Estado, permanecendo no decorrer dos anos 2000.

A semente plantada com Plano Diretor de Reforma do Estado brasileiro não germinou apenas durante o governo de FHC e suas medidas de atendimento aos requisitos das agências multilaterais. Seus frutos continuam brotando em solo fértil criando medidas que priorizam a política econômica em detrimento da social,

mantendo a abertura comercial, a desregulamentação das relações e condições de trabalho, a privatização e a redução dos direitos sociais.

A tendência reformista empreendida nos anos 1990 não perdeu força quando Luís Inácio Lula da Silva assumiu o seu primeiro mandato que vigorou de 2003 até 2006. As ações desenvolvidas em seu governo não expressaram uma reação concreta de ruptura com o viés político da contrarreforma.

Contudo, no que tange a força de trabalho no serviço público de saúde, a gestão de Lula apontou um diferencial importante ao reconhecer a situação de precarização do trabalho a que estavam submetidos os trabalhadores da saúde, desde o médico até o agente comunitário da saúde. Isso foi constatado no próprio discurso de posse do primeiro Ministro da Saúde Humberto Costa ao ressaltar que a consolidação do SUS devesse ocorrer, dentre outros fatores, mediante a ampliação da desprecarização do trabalho.

Esse agora é um novo momento, o momento de avanço e avançar nesse momento é exatamente afirmar os princípios e diretrizes do SUS, [...]. Enquanto as consideradas áreas estratégicas têm hoje as suas carreiras, a diplomacia, a receita, a área de segurança, a justiça, nas áreas sociais predomina a precarização do trabalho, predomina os contratos informais e isso precisa ser modificado (HUMBERTO COSTA, 2003 apud BAHIA, 2010, p. 355).

Nessa perspectiva, algumas medidas pontuais foram tomadas para reverter a agudização da precarização do trabalho na saúde, que veio se alastrando desde o final dos anos 1990. Sendo aqui destacada a proposta lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 com o Programa Desprecariza SUS, o qual foi direcionado a regularização dos vínculos de trabalho.

Ao recuperarmos esse dispositivo objetivamos apreender que os trabalhadores da saúde, e aí incluído o Assistente Social, passam por um processo de precarização do trabalho e o governo lança tentativa de reverter tal processo.

O discurso de combate a precarização foi assumido na gestão do então presidente FHC, por meio da implantação da Reforma Administrativa do Estado. O relatório do seminário que marcou a criação desse programa, o Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS (2003), estabeleceu um conjunto de estratégias de combate a precarização e constituiu um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (através

da portaria nº 2430 de 2003) responsável pela operacionalização do Desprecariza SUS.

Orientar a criação ou reforma de planos de carreira, cargos e salários no âmbito do SUS; dimensionar e estimular a realização de concurso público; substituir trabalhadores temporários por servidores efetivos; elaborar política e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2006, p. s/n).

As medidas adotadas pelo Comitê, baseadas numa política capaz de eliminar os vínculos precários, não apresentaram resultados definitivos frente ao crescimento massivo da precarização. Na verdade, a partir de 2003 foi constatado um crescimento do vínculo formal efetivo no setor público. Observa-se um aumento no número de servidores ingressados por concurso público, indicando uma orientação política de substituição de trabalhadores terceirizados e temporários por servidores efetivos.

Os dados constantes no estudo de Nogueira (2006) nos revelam que no período de seis anos o quantitativo de servidores efetivos ingressados por concurso caiu de 9.927 em 1996 para 30 no ano de 2002. Em contrapartida, no período de 2003 a 2005 esse quadro se modificou registrando um salto de 7.220 para 11.006 servidores efetivados por meio de concurso público.

Contudo os índices de precarização não foram extintos, pois a determinação não se restringiu apenas a vinculação como sobressaiu as ações do governo. Ao enfatizar as situações de precarização apenas pela via do estabelecimento do vínculo a problemática se reduz a uma de suas expressões. As ações delimitadas no processo de desprecarização do trabalho no SUS não contornaram o pressuposto de que a esses vínculos faltariam elementos importantes de proteção aos direitos do trabalhador.

A estratégia adotada assumiu a perspectiva jurídica do direito administrativo brasileiro ao ressaltar as irregularidades do vínculo. O que esteve em jogo no entendimento de seus propositores foi à regularização do vínculo mediante concurso público, fazendo valer a norma legal de trabalho na administração pública, uma lógica que orientou o governo Lula na busca pela recomposição da força de trabalho diminuta em tempos anteriores. Assim, Nogueira (2006) descortina a falsa compreensão acerca do discurso da desprecarização dos trabalhadores, elucidando

que ao se estabelecer contratos irregulares a sua substituição implica em demissão daquele trabalhador.

A expressão “desprecarização do trabalho” dá à falsa idéia de que o trabalhador, beneficiado por uma política de reparo no desatendimento de seus direitos, será mantido na função que vem exercendo. Contudo, os “precarizados”, por serem irregulares, deverão mais cedo ou mais tarde deixar suas funções, sendo substituídos por trabalhadores regulares, que ingressarão na administração pública mediante concurso público (Ibid., Idem, p. 153).

De posse da constatação de que os trabalhadores da saúde não foram tratados em sua condição de precarizados, mas como contratados irregularmente, corroborando com a compreensão do autor supracitado, podemos inferir que a eles a solução dada veio pela via do desemprego, ao serem substituídos.

Por ser considerado um profissional da saúde e vulnerável a precarização das relações e condições de trabalho, abordaremos no próximo subitem o Assistente Social sob esse contexto de transformações e redefinições do trabalho na contemporaneidade.

2.3 – O Assistente Social em tempo de precarização do trabalho

As configurações e manifestações das diferentes formas de precarização do trabalho na realidade brasileira do pós anos 1990, com a efetivação das políticas neoliberais e os influxos regulatórios derivados da contrarreforma do Estado, marcou um contexto de intensas transformações no cenário brasileiro.

As inflexões decorrentes desse processo afetaram também o profissional do Serviço Social inserido no campo da saúde. O quadro de intensificação e precarização do trabalho atingem os Assistentes Sociais modificando substantivamente as suas condições e relações de trabalho.

No âmbito da sociedade burguesa, o conjunto de expressões da questão social, que manifesta às contradições próprias da relação entre capital e trabalho, ganha novos tons. Ou seja, com a potencialização e aperfeiçoamento dos meios para se extrair mais trabalho no processo de produção, a exploração e alienação da classe trabalhadora ganharam dimensões mais explícitas no estágio monopolista (NETTO, 2011).

A constituição do capitalismo monopolista e do ordenamento sócio político que ele implica se da paralelamente a emergência da organização proletária e das massas trabalhadoras cujas demandas e reivindicações sócio-políticas e econômicas expressavam o amadurecimento organizativo que vem ameaçar a propriedade privada e o controle burguês sobre a força de trabalho.

Sendo assim, diante da iminência revolucionária das massas o capital refuncionaliza o aparato estatal uma vez que, diferentemente do contexto concorrencial capitalista quando se intervinha coercitivamente diante das sequelas da questão social, agora, a organização das lutas proletárias e do conjunto dos trabalhadores compele ao Estado absorver parte das reivindicações trabalhista.

Para tanto, a burguesia faz do Estado o seu instrumento “coesionador” articulando-se com esse de modo a escamotear o conteúdo essencial das sequelas da questão social sem que, para isso, tenha que alterar as bases do poder político que da sustentação a lógica capitalista. Ou seja, o Estado responde positivamente ao conjunto das reivindicações e demandas das massas subalternas de modo consensual e de acordo com as exigências da própria ordem capitalista.

É através da Política Social que o Estado intervém sobre as expressões da questão social, conformando as demandas e amortizando os conflitos através do controle da força de trabalho de acordo com os ideais da classe burguesa.

Entretanto, é tão somente com a formação de um agente técnico especializado e inserido na divisão sócio técnica do trabalho, ou seja, um profissional cuja relação com o capital se da efetivamente na condição de trabalhador assalariado, que se concretizam as formas desenvolvidas pelo poder monopolista. Isso possibilita a reprodução das relações sociais em uma dinâmica condicionada e/ou tencionada por distintos projetos sócio políticos das classes em presença.

É neste contexto que o Assistente Social se instaura enquanto uma profissão, sendo requisitado para atuar em meio a um leque contraditório de exigências determinadas pelas relações de forças que compõem o desenvolvimento da sociedade burguesa nesse período. Assim, esse profissional “passa a se inscrever numa relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais” (NETTO, 2011, p. 72).

O Assistente Social se insere no mercado de trabalho enquanto um profissional se submetendo a todas as consequências daí decorrentes. Cabe ao

estado burguês reconhecer e legitimar as atribuições e a prática desse profissional inserindo-o no mercado de trabalho para atuar especificamente no enfrentamento das sequelas da questão social a partir de práticas e ações essencialmente executivas de políticas sociais setoriais. Assim, enquanto prática profissional requisitada pelo Estado no capitalismo monopolista, o Serviço Social possibilita ao projeto conservador reforçar o seu domínio e controle sobre a população trabalhadora, impondo-a a lógica econômica e social capitalista.

Essa conformação cria um espaço sócio ocupacional para o Assistente Social dentro da divisão social e técnica do trabalho, legitimando as demandas integrantes de suas atribuições profissionais dentro das políticas setoriais. O trabalho profissional não se realiza de maneira isolada, ele faz parte de um trabalho combinado, integrando uma equipe composta por um conjunto de especialidades que são acionadas em conjunto para a realização dos projetos das instituições que o contratam.

Considerar tal espectro é reconhecer o Serviço Social enquanto um profissional especializado do trabalho coletivo (já que sua formação universitária o legitima a exercer um trabalho complexo na divisão social do trabalho) que se realiza por meio do trabalho assalariado, ou seja, que o torna um trabalhador assalariado implica em compreendê-lo dentro de uma relação de compra e venda de sua força de trabalho pelos múltiplos empregadores, como o Estado, as empresas privadas e as organizações de trabalhadores.

Aos empregadores compete delimitar as necessidades sociais que o trabalho do Assistente Social deve responder além do cumprimento com as exigências trabalhistas das relações e condições de trabalho. Assim, ainda que dispondo de certa autonomia na efetivação de seu trabalho, as instituições empregadoras detêm os meios e recursos necessários à realização do trabalho desse profissional. O Assistente Social não possui todos os meios (recursos financeiros, técnicos e humanos) necessários para a efetivação de seu trabalho de maneira autônoma, apesar de serem regulamentados como uma profissão liberal na sociedade, por isso nos referimos a certa autonomia.

São os empregadores que fornecem instrumentos e meios para o desenvolvimento das tarefas profissionais, são as instituições empregadoras que têm o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o

contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade, as metas de produtividade (RAICHELIS, 2011, p. 428).

A eles também recai a definição do objeto sobre a qual se debruça a profissão de Serviço Social, ou seja, delimita a partir da demanda atendida pela instituição as dimensões, expressões ou recortes da questão social a ser trabalhada pelo Assistente Social.

O viés interpretativo da profissão como um trabalho assalariado aspira por desvendar “as particularidades como parte de um trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é uma ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminentemente social” (RAICHELIS, 2011, p. 423). Na arena das relações de compra e venda de sua força de trabalho em troca de um salário, o Assistente Social é submetido aos dilemas e constrangimentos comuns a todos os outros trabalhadores assalariados.

O Assistente Social ingressa assim no processo de mercantilização característico da sociedade capitalista, ao fornecer respostas às demandas sociais através de um exercício profissional mediado pelo mercado, pelas relações de produção, troca e consumo de mercadorias. Portanto, essa profissão possui um objeto de trabalho (as expressões da questão social), usa os meios para transformá-lo (tanto objetivos quanto subjetivos) e dessa transformação resulta o seu produto (as modificações nas condições materiais e sociais daqueles que sobrevivem do trabalho).

As análises constantes nos estudos de Iamamoto (2008) nos auxiliam a compreender a dupla dimensão do trabalho do Assistente Social enquanto trabalho concreto e abstrato, e as implicações da mercantilização dessa força de trabalho especializada na sociedade contemporânea.

O debate acerca da precarização nas relações e condições de trabalho do Assistente Social ainda expressa pouca frequência na literatura profissional. O que torna mais evidente é o profissional analisar essas determinações frente à exploração a que são submetidos os outros trabalhadores assalariados, estabelecendo com eles uma relação de exteriorização, de não pertencimento a um segmento de mesma classe (RAICHELIS, 2011). Isso representou mais um desafio nesse estudo, já que a abordagem aqui levantada coloca o Assistente Social no

cenário da precarização a que está submetido os trabalhadores no atual contexto das relações de trabalho.

Por considerar o Assistente Social enquanto uma força de trabalho assalariada, inseri-la no contexto de precarização das condições e relações de trabalho é compreender que a mesma está submetida às tendências do mercado de trabalho, expressas na ausência de horizontes profissionais mais longos, aviltamento dos salários, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, pressão pelo aumento da produtividade e resultados imediatos, dentre outros.

De posse dessa constatação, recuperamos aqui os estudos de Druck (2009) acerca dos indicadores de precarização na realidade brasileira para ressaltar o cenário a que também está submetido o Assistente Social. Em sendo assim, a autora demarca cinco tipos de precarização.

A primeira remete as formas de mercantilização da força de trabalho, a qual produz um mercado de trabalho heterogêneo e marcado por uma vulnerabilidade estrutural que reforça as formas precárias de inserção dos trabalhadores em todos os setores, atividades e regiões, provocando por um lado à desestabilização dos estáveis implicando em perda de direitos sociais e trabalhistas, e, por outro, uma condição “provisória” de precarização que se torna cada vez mais permanente.

A segunda condiz com o processo de construção das identidades individuais e coletivas, em que a desvalorização e a descartabilidade das pessoas aprofundam o processo de coisificação das relações humanas, atingindo as dimensões éticas do trabalho e as identidades individual e coletiva.

A terceira se reflete na organização e condições de trabalho, em que aspectos como a polivalência, rotatividade, cumprimento de metas incalculáveis, dentre outros, conduzem a intensificação do trabalho a ritmos acelerados e a degradação do trabalhador. A quarta macula as condições de segurança do trabalho as quais associadas aos aspectos amalgamados na precarização da organização e condições de trabalho implicam em maior exposição aos riscos que afetam a saúde e segurança no trabalho. E por último a precarização das condições de representação e organização sindical, a qual abrange a fragilização dos sindicatos pela via das terceirizações que mantem a representação sindical sob ameaça pela crescente divisão das diversas categorias profissionais, cada uma com o seu sindicato, quando tem, e com atuações competitivas entre si.

As diferentes formas de intensificação do trabalho expressa na precarização atingem o mercado de trabalho do Assistente Social incidindo num movimento contraditório que marca, por um lado, à redução de postos de trabalho, como no caso das empresas industriais, e, por outro, a ampliação deles em alguns campos, especialmente os ligados ao trato da seguridade social, como a saúde. Essa última tendência decorre do processo de descentralização dos serviços em direção aos municípios.

Nas análises de Lessa (2003) é possível observar o movimento de ampliação do mercado de trabalho dos Assistentes Sociais inseridos no campo da saúde. Após a implantação do SUS as oportunidades de trabalho nessa área se ampliaram em decurso do processo de interiorização da profissão devido à abertura de novos espaços de trabalho no interior dos Estados. A autora afirma que esse percurso se fez acrescido de um “processo de precarização das relações trabalhistas e das reduções salariais” (Ibid., Idem, p. 74).

Tal perspectiva se reafirma com os dados da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sobre o perfil profissional no Brasil, em 2005. Nela as informações apontaram que dentre a natureza das instituições de principal vínculo das Assistentes Sociais, o público municipal ficou com o maior vínculo, assumindo 40,97% das ocorrências, quase o dobro se comparado com os 24% das que atuam em instituições públicas estaduais. O estudo ainda revela que o percentual de algumas regiões chega a ser superior ao quantitativo de 13,19% do registrado nas instituições públicas federais.

No caso da região Nordeste, o percentual de 34% superou as marcas estaduais e federais, reafirmando a direção assumida pela gestão das políticas sociais brasileiras a partir dos anos de 1990, de transferir a execução delas da esfera federal para a municipal.

Quanto aos indícios de precarização do trabalho dos Assistentes Sociais, o referido documento também reafirma tal preceito. O regime trabalhista com maior índice foi o Estatutário (55,68%), contudo a região Nordeste registrou 47,45%, o menor percentual de Assistentes Sociais estatutários dentre as regiões.

A pesquisa realizada por Delgado e Ribeiro (2007) com Assistentes Sociais recém formados em busca de se inserir no mercado de trabalho do Estado de Minas Gerais, também nos revela as consequências advindas das transformações societárias no âmbito dessa profissão. As intercorrências dessas mutações apontam

para uma significativa perda ou precarização do espaço profissional, se sobressaindo principalmente “para aqueles que procuram seu primeiro emprego, uma vez que uma parcela significativa da categoria anteriormente empregada ainda goza da estabilidade no emprego” (Ibid., Idem, p. 144).

Nele foram constatados que dos 39 profissionais entrevistados, atuantes na área pública, apenas 17,9% estavam efetivados no serviço público como estatutários e 15,4% eram regidos pelos ditames da CLT, com contratos de trabalho sem tempo determinado. A grande expressão da precarização ficou registrada em 66,7% dos contratos por prazo determinado, como os autônomos, e 30,8% para aqueles profissionais que não possuíam nenhum tipo de vínculo empregatício.

Os dados evidenciam a lógica da reforma gerencial do Estado brasileiro incidindo diretamente na força de trabalho do Assistente Social, emergindo formas de contratação baseadas na flexibilização e precarização.

Assim, o Assistente Social enquanto trabalhador assalariado inserido no panorama das transformações no mundo do trabalho se depara com um leque de formas de inserção nesse mercado que encobrem os indícios de precarização nas condições e relações trabalhistas.

No âmbito do Serviço Social, intensificam-se os processos de terceirização, de subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria (empresas do *eu sozinho*), de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais (RAICHELIS, 2011, p. 431).

Dentre tais formas, a terceirização é a que assume lugar de destaque no mercado de trabalho do profissional de Serviço Social. Esse recurso administrativo se retrata por meio da transferência de parte das atividades de uma empresa para outra unidade empresarial, vislumbrando a redução nos encargos. Ela garante certo grau de liberdade que o capital dispõe para gerir e dominar a força de trabalho. Uma liberdade que se expressa na flexibilização dos contratos e na transferência de responsabilidade da gestão e dos custos trabalhistas para outros, para terceiros.

Assim, a “terceirização lança um manto de invisibilidade sobre o trabalho real - ocultando a relação capital x trabalho e descaracterizando o vínculo empregado x

empregador que pauta o direito trabalhista” (FRANCO, DRUCK e SELIGMAN-SILVA, 2010 apud RAICHELIS, 2011, p. 432).

A terceirização invade o âmbito do trabalho dos profissionais de Serviço Social de maneira incisiva causando efeitos profundos, pois:

a) Desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais; b) Desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; c) Subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas; d) Realiza uma cisão entre prestação de serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito (RAICHELIS, 2011, p. 432).

As transformações processadas no mundo do trabalho, a intensificação das expressões da questão social e a forma como é implementada a política de saúde em um contexto de desresponsabilização do Estado, incidem sobremaneira nas demandas a serem atendidas pelo profissional do Serviço Social.

As demandas apresentadas no cotidiano profissional resultam das sequelas originadas da contradição capital e trabalho na sociedade capitalista. Essas determinações realinharam as demandas existentes, motivadas pelo descompasso entre a retração na oferta de serviços e o consequente aumento na busca por eles. Com isso, constata-se um deslocamento cada vez maior das demandas da esfera do atendimento para a esfera do não atendimento, ou seja, para aqueles impossibilitados de ter acesso aos serviços de saúde.

Alguns aspectos interferem diretamente na composição das demandas postas a tais profissionais. Um deles remonta a agudização das expressões da questão social, a qual abriu um leque de necessidades da população por políticas sociais, diversificando os sujeitos que buscam os serviços públicos, não se restringindo apenas aos pobres e miseráveis.

O outro condiz com a redução no quantitativo de profissionais, levando a necessidade de reorganizar o atendimento às demandas de acordo com o número de profissionais disponíveis ou até mesmo tendo que absorver atribuições que antes pertenciam a outros profissionais.

As transformações ocorridas nas últimas décadas na política de saúde expressam as contradições inerentes ao SUS e se retratam nos antagonismos entre universalidade/seletividade, integralidade/focalização e ampliação de direitos/falta de investimentos no setor, refletindo diretamente nas demandas postas para o Serviço Social.

A objetivação do trabalho desse profissional na saúde se compõe de uma diversidade de tarefas capazes de lidar tanto com a heterogeneidade das demandas advindas da população quanto das contradições internas e externas ao próprio sistema de saúde.

Frente a tal situação, segundo Costa (2009), a legitimidade desse profissional no interior do processo de realização do trabalho em saúde se constrói “pelo avesso”, de outra forma, “sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde e, particularmente, no SUS” (Ibid., Idem, p. 344).

Trata-se, portanto, do profissional ter que fazer a mediação entre as demandas decorrentes das condições de vulnerabilidade expressas nas múltiplas manifestações da questão social e as demandas postas pela própria instituição, a qual vem se configurando na perspectiva da focalização e seletividade na prestação dos serviços públicos de saúde.

Com a finalidade de referenciar a intervenção dos Assistentes Sociais da saúde junto a essas demandas, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) juntamente com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) lançaram em 2009 os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Um documento que foi considerado um marco na atuação desse profissional no campo da saúde, mas que não deve funcionar como referências rígidas para atuação, engessando o exercício profissional. Embora seja abordada a sua prática, essa ação precisa ser analisada de forma contextualizada, levando em consideração os aspectos sociais e políticos que interferem na Saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais.

Esse dispositivo referencia a intervenção, procurando expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas por eles na Política de Saúde, considerando as particularidades na atenção de básica, média e alta complexidade. Demonstra ainda que as diversas ações estão interligadas e são complementares, apontando para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais com as de

mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo.

Consta nos parâmetros um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas por estes profissionais da saúde que podem contribuir para a defesa e garantia dos direitos sociais, o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para viabilização do Sistema Único de Saúde como inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142, ambas datadas de 1990.

Para construção dele foi necessário uma discussão tendo como referência de análise o subsídio às lutas pela ampliação da presença dos Assistentes Sociais nas instituições responsáveis pelas políticas; a qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho desses profissionais; a viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura; as referências já existentes nas diretrizes e leis nacionais; e a superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais. Esperando-se, desta forma, fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil (CFESS, 2010).

O parâmetro estabelece que os Assistentes Sociais na saúde devam basear a sua atuação de acordo com quatro grandes eixos, sendo importante destacar que eles não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. São eles: o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação planejamento e gestão e assessoria; e a qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários acontece em diversos espaços de atuação profissional, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, integrando as ações sócioassistenciais, as ações de articulação com as equipes de saúde e as ações socioeducativas. “Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 40).

As ações socioassistenciais têm-se “constituído nas principais demandas aos profissionais de Serviço Social” (CFESS, 2010, p. 40). A sua inserção nos serviços de saúde “é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as

quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil” (COSTA, 2000 apud CFESS, 2010, p. 40). No entanto, algumas dificuldades são encontradas na contrarreforma da saúde, que inviabilizam o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, em diferentes questões operativas, retratadas na demora do atendimento, na precariedade dos recursos, na burocratização, na ênfase da assistência médica curativa, nos problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, e não atendimento, aos usuários (CFESS, 2010).

Nessa direção, as ações sócioassistenciais a serem desenvolvidas por esses profissionais buscam transpor o “caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (Ibid., Idem, p. 41).

Nas ações de articulação com a equipe de saúde, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Assim cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos dispostos nos mais variados documentos legais da profissão.

As ações socioeducativas consistem em “orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (Ibid., Idem, p. 52). Elas compõem o eixo central de atuação do profissional de Serviço Social, recebendo a denominação de educação em saúde. A intencionalidade dessa ação é enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.

Para isso, o profissional deve utilizar-se de uma prática reflexiva capaz de possibilitar aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas pelos mesmos, de forma que ele consiga captar o movimento da realidade social, participando de forma consciente do processo de transformação da realidade, enquanto um ser histórico social. Esse processo prioriza a atenção coletiva, em grupo, “o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da

força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos” (CFESS, 2010, p. 54).

O segundo eixo estruturador dos parâmetros consta da mobilização, participação e controle social, e envolve um conjunto de ações direcionadas a participação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos movimentos sociais nos espaços democráticos de controle social, todos juntos lutando pela garantia de direito à saúde. “As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde” (Ibid., Idem, p. 55).

Nessa perspectiva, a ouvidoria do SUS representa um canal de articulação entre os usuários e a gestão pública de saúde, objetivando melhorar a qualidade dos serviços prestados. Nas unidades de saúde os assistentes sociais têm sido constantemente requisitados a implantar os serviços de ouvidoria mesmo não sendo uma atribuição privativa a eles.

Outro aspecto importante refere-se à articulação com movimentos sociais. Essas ações visam tanto “fortalecer os fóruns e/ou conselhos, estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais” (Ibid., Idem, p. 56).

O terceiro eixo estruturador dos parâmetros envolve a investigação, planejamento e gestão. Suas ações objetivam “o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, [...] propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (Ibid., Idem, p. 58). Com isso, consta nos Parâmetros que as ações de planejamento, gestão e coordenação vem sendo requisitadas aos Assistentes Sociais devido ao processo de descentralização na saúde.

A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde (CFESS, 2010, p. 59).

Por último, o eixo direcionado as ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Nele as atividades de qualificação e formação profissional

envolvem a educação permanente em saúde como forma de melhorar o atendimento prestado aos usuários da saúde. São ações que não se restringem apenas aos Assistentes Sociais, mas também aos demais “trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes” (Ibid., Idem, p. 61). Estão englobados neste eixo, não só as ações relacionadas especificamente com a equipe de Serviço Social, como também com os demais profissionais de saúde.

Quanto às ações de assessoria, ela “pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. A assessoria pode ser uma atribuição privativa do assistente social (e nesse caso a assessoria se desenvolve na matéria Serviço Social, e só podendo ser prestada pelo Assistente Social) ou uma competência do profissional” (Ibid., Idem, p. 62).

É importante ressaltar que os quatro eixos que estruturam os parâmetros de atuação profissional explicitados envolvem um conjunto de ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, cujo objetivo é fortalecer os subsídios de ampliação para o debate das práticas em saúde desenvolvidas por eles e possibilitar a reflexão deles sobre suas ações.

O trabalho do Assistente Social, diante do exposto, se confronta diretamente com a recondução do papel do Estado ao ter que assumir o direcionamento das demandas advindas tanto da população quanto das fragilidades que o próprio Sistema Único de Saúde repassa para os profissionais da saúde.

As novas exigências e competências requeridas para a atuação dos Assistentes Sociais inseridos no contexto de precarização das relações e condições de trabalho apontam tendências as suas ações nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e é sobre isso que iremos abordar no capítulo que se segue.

CAPÍTULO 3

AS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF:

Os reflexos da precarização no processo, nas condições e relações de trabalho

Os resultados e discussões apresentados a seguir abordam a realidade identificada após a execução da coleta de dados junto as Assistentes Sociais dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Mamanguape, Conde, Santa Rita e Cabedelo. Os dados empíricos enfocam as tendências a que essa categoria vem sendo submetida, permeada pela intensificação da precarização nas condições e relações de trabalho na área da saúde.

Com isso, iniciaremos a exposição das informações coletadas traçando o perfil das profissionais que fizeram parte desse estudo dissertativo. Em seguida analisaremos as particularidades da precarização que atinge as Assistentes Sociais do NASF e por fim abordaremos as demandas postas a elas.

3.1 – O perfil das Assistentes Sociais do NASF

As Assistentes Sociais que atuam no NASF dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Conde, Mamanguape, Santa Rita e Cabedelo, representam uma tendência histórica na profissão: a predominância do sexo feminino. A comprovação veio por meio das 100%, ou seja, todas as 19 entrevistadas foram mulheres. Esses dados corroboram com a realidade identificada em pesquisa sobre o Perfil do Assistente Social no Brasil (CFESS, 2005), onde foi possível constatar que 97% das participantes eram do sexo feminino, em contrapartida aos 3% masculino.

Dentre as entrevistadas, 58% residem na cidade de João Pessoa, seguindo de 32% em Campina Grande e apenas 10% em Mamanguape. É importante ressaltar que ao cruzarmos esses dados com o local de trabalho pudemos observar a existência de profissionais trabalhando em municípios diferentes daqueles onde residem.

O fato confirma a tendência à descentralização dos serviços de saúde, um processo que amplia os postos de trabalho para a categoria, marcando a interiorização da profissão (LESSA, 2003) e constante necessidade de deslocamento em função do trabalho. Isso foi constatado com as Assistentes Sociais de Cabedelo, Santa Rita e Conde, totalizando um quantitativo de 20% das entrevistadas, e todas elas com moradia fixa na cidade de João Pessoa.

Contudo, a maioria das profissionais mora no mesmo município onde trabalham, registrando em um percentual de 80%, ressaltando que o mercado de

trabalho local ainda se conforma enquanto o principal contratante da força de trabalho do Serviço Social.

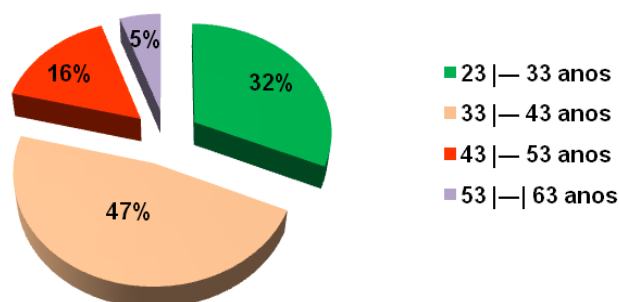
Tabela 2: Dados do **cruzamento do local de moradia com o local de trabalho** das Assistentes Sociais do NASF.

LOCAL DE MORADIA LOCAL DE TRABALHO	CAMPINA GRANDE		JOÃO PESSOA		MAMANGUAPE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campina Grande	06	32%	-	-	-	-	06	32%
Cabedelo	-	-	02	10%	-	-	02	10%
Conde	-	-	01	5%	-	-	01	5%
João Pessoa	-	-	07	37%	-	-	07	37%
Santa Rita	-	-	01	5%	-	-	01	5%
Mamanguape	-	-	-	-	02	11%	02	11%
TOTAL	06	32%	11	57%	02	11%	19	100%

Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Outra variante representativa do perfil das Assistentes Sociais entrevistadas se expressa na idade. Assim, 47% estão situadas na faixa etária de 33 a 43 anos, sendo significativo o percentual de 32% de profissionais ainda muito jovens, com idades entre os 23 e 33 anos.

Gráfico 1: Dados da pesquisa no NASF quanto à **idade das Assistentes Sociais**.



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Em relação ao estado civil, não foi registrado nenhuma viúva e o quantitativo de separadas/divorciadas foi o mais baixo, com 16% dentre as relações conjugais. Houve uma paridade quanto aos dados de casadas e solteiras, registrando um percentual de 42% para ambas as situações.

Os dados sobre o ano de formação das profissionais entrevistadas revelaram que 37% concluíram o curso entre 1994 e 2002. Já 47% obtiveram o título de bacharel em Serviço Social entre os anos 2002 e 2010, mostrando um perfil de formação relativamente recente, correspondente ao momento de revisão curricular das unidades de ensino, com base nas Diretrizes Curriculares de 1996, sob a coordenação da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS).

Um documento que estrutura a formação profissional com base em três núcleos temáticos, articulados em um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários a qualificação desse profissional. Cada núcleo agrega um conjunto de fundamentos que se desdobram em matérias, e estas em disciplinas integrantes da grade curricular do curso. Os núcleos temáticos são: fundamentos teórico-metodológico da vida social; fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e os fundamentos do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2010).

Dessa forma, podemos inferir que as profissionais entrevistadas tiveram acesso ao debate acerca das “transformações do mundo do trabalho e as mudanças no papel do Estado, enquanto regulador das relações sociais, e as repercussões no trabalho do Assistente Social” (HOFFMANN, 2007, p. 77). Assim como ao contexto de redirecionamento das ações em saúde para a atenção básica, com a instituição do PSF, em 1994, enquanto porta de entrada do sistema público de saúde.

Entretanto, o quantitativo de profissionais que tiveram acesso ao debate em torno da criação e implantação dos NASF nos municípios tende a ser reduzido, pois o mesmo se conforma no cenário contemporâneo de ampliação das ações básicas de saúde, sendo regulamentado em Lei no ano de 2008.

Quanto à instituição de ensino superior que as entrevistadas obtiveram o título de graduada, 63% das entrevistadas foram da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e 37% provenientes da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no campus localizado no município de Campina Grande.

A realização de outro curso de graduação foi registrada em apenas 5%, ou seja, apenas uma Assistente Social afirmou ser também Pedagoga com formação em Educação Infantil, ficando o quantitativo de 95% com apenas a graduação em Serviço Social.

Embora as Assistentes Sociais tenham obtido o diploma de graduação recentemente, a formação complementar em nível de Pós-graduação foi

expressivamente alto. Assim, 68% possuem Pós-graduação em nível de *lato* senso, comumente denominados cursos de especialização, não ocorrendo nenhum caso de mestres ou doutores. Dessa forma, as especializações mais recorrentes foram aquelas com temáticas direcionadas a Política de Saúde, quais sejam: Saúde da Família, Saúde Pública/Coletiva, Serviço Social e Política Social, Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde.

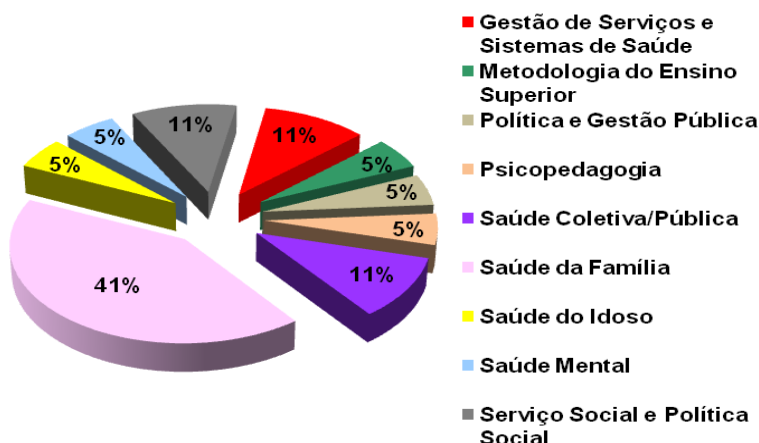
Com isso, podemos inferir que a busca pela Pós-graduação em tais eixos temáticos apresentam uma tendência às múltiplas demandas atendidas pelas profissionais no cotidiano de sua prática, seja no atendimento direto as necessidades subjetivas (necessidades decorrentes da condição de saúde) e objetivas (necessidades provenientes da própria contradição do SUS – falta de recursos institucionais, dentre outros) dos usuários ou na requisição colocada pelo próprio funcionamento do NASF a esses profissionais.

Quanto as profissionais que não possuem Pós-graduação o percentual foi de 32%, ou seja, seis dentre as dezenove entrevistadas. Mas em meio a elas, cinco estarão concluindo a pós-graduação entre os anos de 2011/2012, e serão especialistas em Saúde da Família (duas), Saúde Coletiva (uma), Apoio Matricial (uma) e Sistema de Proteção Social (uma). Assim, concluímos que apenas uma não possui de fato nenhuma pós-graduação, nem concluída, muito menos em fase de conclusão.

Outro aspecto acerca desse dado é importante destacar e refere-se ao acúmulo de várias especializações, ou seja, dentre as que responderam já possuir Pós-graduação, três estão terminando mais uma especialização, sendo duas na área temática do Apoio Matricial e uma na Gestão Pública Municipal, todas com finalização prevista para 2012. Assim, essas Assistentes Sociais também entraram no quantitativo das especialistas, uma vez que já possuem pelo menos uma Pós-graduação concluída e em temática distinta.

Isso mostra a tendência estabelecida a partir das transformações no mundo do trabalho, em que a competitividade no mercado de trabalho impõe aos profissionais a necessidade constante de adquirir novos conhecimentos e habilidades que vão além da graduação (HOFFMANN, 2007).

Gráfico 2: Dados da pesquisa no NASF quanto à **temática da especialização**.



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Quanto ao ano de obtenção do título de especialista¹¹, 10% concluíram entre 1995 e 2000, 10% no intervalo de 2000 e 2005, e 79% no período que compreende os anos de 2005 e 2010. Ao analisarmos esse último dado com o quantitativo de 47% referente ao ano de conclusão da graduação entre 2002 e 2010, percebemos certa prematuridade das entrevistadas em buscar sua inserção em cursos de Pós-graduação. A incidência dessa escolha precoce da formação continuada reflete na análise prospectiva de Netto (1996) ao observar que a crescente segmentação das atividades profissionais do Assistente Social exige deles uma especialização para atender ao mercado de trabalho. Assim, devido à formação generalista da profissão, o encaminhamento mais adequado nos dias atuais passa a ser aquele que mantém “o perfil generalista da graduação, institucionalizando a especialização como requisito para o exercício profissional” (Ibid., Idem, p. 125).

Quanto ao tempo de serviço no município, 42% das entrevistadas estão atuando nessas localidades a menos de três anos. A inserção delas na Política de Saúde também revela uma temporalidade recente, pois ao aglutinarmos os maiores dados obtidos, constatamos que 68% das pesquisadas atuam na saúde a menos de cinco anos. Isso representa, ao transformarmos esses períodos em anos, um intervalo de tempo compreendido entre os anos 2007 e 2010.

O tempo de atuação profissional no NASF corresponde, em sua totalidade, a uma temporalidade inferior a cinco anos, ou seja, iniciaram-se no ano de 2008. Isso

¹¹ O percentual desses dados fecha em 99%, pois representam os anos de conclusão das especializações citadas anteriormente, as quais também concluíram nesse quantitativo, ou seja, em 19 dentre as 13 que afirmaram possuir pós-graduação.

corroborar com o ano de criação e expansão do Núcleo pelos diversos municípios brasileiros, um serviço que traz em seu amago a proposta de ampliação da saúde.

Tabela 3: Dados da pesquisa no NASF quanto ao **tempo de serviço**.

TEMPO DE SERVIÇO	MUNICÍPIO		SAÚDE		NASF	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 1 a 3 anos	08	42%	09	47%	14	74%
De 3 a 5 anos	03	16%	04	21%	05	26%
De 5 a 7 anos	01	5%	-	-	-	-
De 7 a 9 anos	04	21%	03	16%	-	-
Acima de 9 anos	03	16%	03	16%	-	-
TOTAL	19	100%	19	100%	19	100%

Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Concluída a apreensão do perfil das Assistentes Sociais integrantes dessa pesquisa, partiremos agora na busca pela compreensão das complexas relações que envolvem a vivência, enfrentamento e superação das condições e relações de precariedade identificada no trabalho do Serviço Social que compõe o NASF. Para isso iniciaremos compreendendo as particularidades presentes no cenário do NASF, colocando no debate de seus dispositivos normativos a apreensão das profissionais entrevistadas.

3.2 – Apresentando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família a partir da percepção das Assistentes Sociais

É no tenso cenário de reforma na administração pública brasileira que o Ministério da Saúde assenta o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando ser o programa capaz de mudar fundamentalmente o âmago do sentido dado à prevenção e saúde no Brasil.

Esse programa foi elaborado numa perspectiva de mudança do modelo nacional centrado na doença para uma atenção, atuação e organização geral dos serviços cujo binômio saúde/doença assumisse uma concepção ampliada. A saúde não mais estaria centrada na atuação meramente curativa, mas em uma prática direcionada à perspectiva biopsicossocial do indivíduo, levando em consideração os

aspectos preconizados na Constituição de 1988 referentes à garantia do bem estar físico, mental e social das pessoas e da coletividade.

A compreensão do conceito de saúde adotado pelas profissionais pesquisadas corrobora com o estabelecido na Carta Magna:

O conceito ampliado de saúde, aquele que se refere não somente a agravos biológicos, mas que abrange também a qualidade de vida do sujeito, no sentido de entender como ele se insere no contexto social, de como são suas condições de vida, renda, costumes e sua cultura (Entrevistada 14).

Implantada no país a partir de 1994, a ESF tem por objetivo a reorganização da assistência à saúde, a partir da atenção básica. Propõe uma atuação voltada para a família e a comunidade, por parte de uma equipe multidisciplinar. Essa deve trabalhar a partir da adscrição de território e da construção de vínculo com a população, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde na comunidade (BRASIL, 2007).

As equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2007). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (entre 600 e 1.000 famílias), localizadas em uma área geográfica delimitada.

O debate acerca da necessidade de ampliação das equipes da ESF é algo que, desde a sua implantação, vinha sendo contestado em reuniões nas diversas profissões da área de saúde, dentre elas o Serviço Social. Os profissionais dessa formação questionavam acerca da composição “mínima” das equipes básicas definidas pelo Ministério da Saúde, reivindicando a inserção deles e de outras categorias na Estratégia¹².

Com a criação dos NASF, por meio da Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008, a possibilidade de ampliação das categorias profissionais, dentre elas o

¹²Apesar de não existir a contrapartida financeira do governo federal, municípios que integram outros profissionais que não exclusivamente os da equipe mínima da ESF, se deparam com um desempenho mais aprofundado no trato com a saúde, embora muitas vezes sem reconhecimento oficial ou sem carga de trabalho disponível ou remuneração específica para tal.

Assistente Social, presentes na atenção básica, tornou-se real. Assim, o NASF se constitui no conglomerado de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com a equipe de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nas áreas de abrangência dessa equipe (BRASIL, 2009).

O discurso norteador a criação do NASF buscou enfrentar a questão da inserção de outros profissionais na atenção básica, de forma que cada profissional de saúde possa contribuir com o cuidado em saúde a partir do seu conhecimento específico. O entendimento das entrevistadas acerca do NASF reafirma o que preconiza o próprio Ministério da Saúde nas diretrizes de criação desse Núcleo, apontando para uma compreensão institucional regulamentada.

Uma ampliação na saúde quando você vê que ele traz outros profissionais para a atenção básica que antes não tinha e que pode ser diversos (Entrevistada 2).

O NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ele é o complementar à Saúde da Família. Ele veio pra complementar à equipe e formar uma equipe multiprofissional no atendimento ao usuário como um todo (Entrevistada 4).

Dentro do escopo de apoiar a ESF, as ações do NASF estão direcionadas ao atendimento multiprofissional entre as equipes, estabelecendo responsabilidades mútuas sob os usuários e proporcionando a troca de saberes acerca do processo saúde e doença da população adstrita ao espaço de abrangência da ESF. A atuação da equipe está direcionada a relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, a fim de construir vínculos terapêuticos e responsabilidades entre as equipes (BRASIL, 2009). É dessa forma, atuando numa perspectiva multiprofissional, que são direcionadas as ações na realidade pesquisada.

Aqui trabalha muito em grupo, de maneira multidisciplinar onde cada profissional conhece um pouco de cada um (Entrevistada 2).

De forma multidisciplinar, as ações são realizadas de forma conjunta (Entrevistada 19).

É importante dizer que o trabalho multiprofissional é muito rico, pois os saberes são multiplicados (Entrevistada 16).

A priori é fundamental esclarecer que para ampliar as equipes da estratégia saúde da família é necessário considerar os princípios do SUS, observando as necessidades locais, o perfil epidemiológico da população, para então planejar quais profissionais comporão a equipe básica, em que proporção, e quais as categorias que farão parte das equipes do NASF.

Nessa conjectura, os dispositivos legais de criação e estruturação do NASF, Portaria nº 154/2008 e o Caderno de Atenção Básica nº 27, elencam vários núcleos de saber para compor tais equipes, dentre eles o Serviço Social, demonstrando a ampliação do espaço sócio-ocupacional da profissão, um locus para contribuir no fortalecimento do SUS.

As especialidades que contam com repasse de recursos Federais na composição dos NASF nos municípios são: o Assistente Social, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Pediatra, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Acupunturista, Psiquiatra, Ginecologista e Homeopata. Qualquer outra categoria que seja integrada, fora as elencadas, não haverá recursos da União, ficando a cargo da gestão municipal arcar com os custos.

A centralidade da execução e disposição do NASF na figura do gestor municipal remete aqui ao debate acerca da municipalização dos serviços de saúde, em que a eles é assegurado certa autonomia na adesão ou não a programas e projetos Federais ou da esfera Estadual. O NASF se adequa plenamente nessa disposição. Em seus documentos normativos os dirigentes municipais são os responsáveis por definir os profissionais que comporão as equipes dos NASF em cada modalidade, mesmo já estando preconizados os que devem integrar tais equipes.

Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais [...], mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL, 2009, p. 7).

Compreendemos que as particularidades locais devam ser levadas em consideração, contudo a pesquisa nos deixou subliminar os reais critérios colocados no momento da escolha dos profissionais integrantes das equipes NASF. Como explanado na abertura dessa dissertação, dois dos municípios elegidos integrantes da pesquisa, Bayeux e Caaporã, não participaram por não compor Assistentes

Sociais em suas equipes. Ao avaliarmos as justificativas de “não fazem parte do NASF 1” e “não houve demanda para esse profissional” juntamente com processo de descentralização na saúde, percebemos que a “degradação dos costumes políticos de cada região” (CAMPOS, 2006, p. 144) tendem a prevalecer em detrimento dos preceitos estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde.

A portaria de criação do NASF, embora preveja a inserção de diversos profissionais, não sinaliza a forma de contratação e/ou seleção dos mesmos. A equipe do NASF modalidade um, a única presente em todos os municípios pesquisados, serve de referência para um intervalo de oito a vinte equipes da Saúde da Família, sendo que cada equipe atende de 600 a 1000 famílias, demonstrado o excesso na demanda a ser atendida pelos profissionais.

Mesmo assim, a inserção das várias especialidades integrantes de uma equipe NASF não assume caráter de obrigatoriedade perante o gestor municipal. Ou seja, à administração de um município não é obrigada a possuir em suas equipes NASF um Assistente Social, mesmo havendo demanda para essa categoria. Com isso, a demanda existente ou não será atendida ou, em último caso, será referenciada para outro serviço, incorrendo o risco de não ser atendido devido um possível excesso na demanda desses outros serviços.

A Portaria de criação do NASF estabelece duas modalidades de organização das equipes: NASF 1 e NASF 2. No primeiro as equipes podem ser compostas por no mínimo 5 especialidades de profissão, dentre as elencadas acima, e que estarão vinculados a no mínimo 8 e no máximo 20 equipes da ESF. No segundo, a composição é de no mínimo 3 especialidades, não sendo estabelecido o máximo, a presença das especialidades médicas não poderão compor essa equipe e a vinculação se estende a no mínimo 3 equipes ESF. A implantação concomitante das duas modalidades em um mesmo município ou no Distrito Federal é vedada, e a distinção entre elas encontra-se na densidade populacional de cada município em particular (BRASIL, 2009).

Dentre a especificidade entre as duas modalidades, somente poderão implantar NASF 2 aqueles municípios com densidade populacional abaixo de 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, tomando por parâmetro os dados registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano base de 2007. Por conseguinte, o município que não se enquadrar nesse requisito só poderá implantar o NASF 1.

Em 20 de setembro de 2010 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.843, a qual estabelece a criação da modalidade de NASF 3, com atenção integral em saúde e saúde mental, voltada para usuários de crack, álcool e outras drogas. Nesse caso, as equipes estarão vinculadas a no mínimo 4 e no máximo 7 Equipes de Saúde da Família, e estruturadas em no mínimo 3 profissionais de nível superior, dentre os elencados acima, de ocupações não coincidentes. Quanto à implantação, o município deverá ter um porte populacional menor que 20 mil habitantes.

De acordo com a realidade analisada, 53% das entrevistadas responderam estar engajadas no NASF modalidade 1; enquanto que 32% integram o NASF 2; 5% o NASF 3; e 10% não souberam responder. Ao submetermos essas informações aos critérios referenciados anteriormente podemos inferir que a maioria das profissionais não compreende a dimensão que sua atuação deve atingir. Isso porque todos os municípios pesquisados estão vinculados a modalidade de NASF 1, pois os seis municípios contam com um quantitativo acima de 20 mil habitantes, impossibilitando o NASF 2. Enquanto à modalidade NASF 3, essa foi aprovada no ano de 2010 e ainda encontra-se em fase inicial de implantação, não sendo identificada em nenhum dos municípios integrantes desse estudo.

Tabela 4: Dados referentes ao quantitativo de equipes Saúde da Família vinculadas ao NASF.

NÚMERO DE EQUIPES SF	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
Até 3	06	32%
De 4 a 8	02	10%
De 8 a 12	07	37%
De 12 a 16	02	10%
De 16 a 20	02	11%
TOTAL	19	100%

Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Com os dados expostos na tabela acima podemos delimitar uma média do quantitativo da demanda a que as equipes NASF estão submetidas a partir do que preconiza os dispositivos legais de criação do Núcleo. Tomando o maior índice identificado na pesquisa temos: 37% afirmaram estar vinculados de 8 a 12 equipes de SF, considerando o limite de 12 profissionais por equipe mínima de SF, teremos que a equipe da qual a maioria das entrevistadas integram se vinculam de 96 a 144 profissionais.

O segundo maior índice registra a vinculação até 3 equipes ESF e corresponde a realidade apenas das Assistentes Sociais de João Pessoa. Isso decorre da distribuição dos profissionais integrantes das equipes. Mas, antes de adentrarmos na especificidade que influencia tal processo, devemos apreender o sentido atribuído a Apoiadores.

Essa é a denominação acertada a cada profissional que atua no NASF da capital paraibana, igualando à todos independentemente do seu núcleo de saber. Isso também está implícito no Caderno do NASF ao compreender que aquele que presta apoio à Saúde da Família é um apoiador e não um profissional de uma determinada categoria.

Dessa forma, apenas o município de João Pessoa considera todos os profissionais do NASF enquanto Apoiadores e não como equipe NASF ou pela sua formação acadêmica. Nesse município, o apoiador é o profissional que realiza as “atribuições específicas de sua profissão, mas é também o “apoiador” de todo o processo de trabalho das equipes, como uma espécie de gerente da(s) Unidade(s) que lhe referenciam” (OLIVEIRA, 2010, p. 25). As consequências disso para a conformação da força de trabalho será apreendida no subitem seguinte.

No mais, retornemos. A distribuição dos profissionais não é feita por equipe NASF, ou seja, todos os núcleos de saber juntos em uma mesma equipe e atuando juntos, como identificado nos outros municípios. O que ocorre é a formação de equipes NASF distribuídas pelos cinco Distritos Sanitários, e para o acompanhamento das equipes da ESF os profissionais são divididos em duplas ou trios de profissões não coincidentes. Feito isso, os então denominados Apoiadores vão acompanhar até 3 equipes Saúde da Família. Então na realidade as atividades de competência do NASF são desenvolvidas pelas duplas ou trios de profissionais.

Tal divisão foi feita de acordo com a demanda dos territórios de abrangência de cada Distrito Sanitário. Delimitando por demanda os encaminhamentos realizados pela equipe Saúde da Família aos serviços de referência, ou seja, das necessidades que surgiam e não eram atribuições ou competências da equipe básica da ESF, e sim de outros profissionais que não compõe tal equipe.

Dessa forma, os Apoiadores do NASF de João Pessoa estão distribuídos em Unidades Básicas próximas umas das outras, de modo que havendo necessidade de um núcleo de saber específico, não condizente com o já integrante da dupla ou trio de um determinado território, a interlocução seja imediata.

A precarização também está identificada na execução do NASF nos municípios estudados, por isso faz-se necessário à análise dessa realidade a partir do processo, das relações e condições de trabalho das Assistentes Sociais. É sobre essa conformação que trataremos a realidade identificada com a pesquisa nos subitens seguintes, analisando como a precarização atinge a força de trabalho do Serviço Social inserida no NASF.

3.3 – As Assistentes Sociais no contexto de precarização do NASF

O constructo teórico que insere o Assistente Social no cenário da precarização do trabalho se apoia, nesse momento, na realidade empírica capturada na pesquisa junto as profissionais integrantes dos NASF de João Pessoa, Campina Grande, Cabedelo, Santa Rita, Mamanguape e Conde.

As análises constantes nos próximos subitens estão orientadas pela busca por esclarecer as conformações que assumem os processos, relações e condições de trabalho das Assistentes Sociais do NASF, que evidenciam a precarização a que essas profissionais estão submetidas.

3.3.1 – O processo de trabalho das Assistentes Sociais do NASF

É no processo de trabalho que se concretiza a relação entre trabalhador e usuário, entre o Assistente Social e suas demandas. Processa-se a potencialidade de sua intervenção e interação numa determinada situação ou atividade. Assim, a execução do processo de trabalho no NASF em que o Assistente Social está presente aponta para duas perspectivas: uma direcionada ao processo de trabalho realizado por todos os profissionais que compõe a equipe NASF e a outra condizente com um processo de trabalho próprio do profissional, pertencente à relação do Assistente Social com os usuários, executada a partir de seus instrumentos técnico-operativos.

O Apoio Matricial ou Equipe Matricial integra a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe do NASF, realizado pela equipe multiprofissional. A lógica desse dispositivo está baseada no apoio, na referência as equipes da ESF de uma determinada área de abrangência, ou seja, é formado por um conjunto de profissionais que “não têm, necessariamente, relação direta e

cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF)” (BRASIL, 2009, p. 12).

A equipe matricial, de acordo com Campos (1999), apresenta-se como um novo arranjo do trabalho em saúde que produz uma nova cultura que estimula compromisso com a promoção da saúde. Nesse sentido, permite a valorização de todas as profissões de saúde, “tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto a empurrando para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde” (Ibid., Idem, p. 10).

A proposta desse apoio sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em um sistema de saúde. Nesse sentido, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado, objetivando produzir um espaço em que ocorra o intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões.

Dessa forma, o apoio matricial se constitui numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e suas ações permearem todo o campo das equipes de saúde. Para tanto, a equipe NASF deve buscar a superação da lógica fragmentada da atenção buscando construir uma rede de cuidados em saúde de forma corresponsabilizada com a ESF (BRASIL, 2009, p. 8).

Na realidade das entrevistadas apenas as profissionais do município de João Pessoa afirmaram compreender como ocorre o Apoio Matricial no processo de trabalho do Núcleo que elas integram. O matriciamento nessa localidade funciona a partir da apropriação de um determinado saber e depois enraíza esse conhecimento adquirido entre os profissionais da ESF, e com isso esses repassam o aprendizado à comunidade, aos usuários.

Nós temos reunião no Distrito Sanitário. Dentro dessas reuniões os diretores já vêm de reuniões na Secretária de Saúde. Todos esses assuntos eles trazem pra gente nas reuniões, porque tem reuniões que é técnica e outra que é matricial. Na reunião técnica, eles trazem essas pautas e na matricial eles trazem profissionais que fazem parte do serviço com a temática a ser abordada e eles passam as orientações pra gente. Depois disso, ou nós vamos matricular nas Unidades ou convidamos eles (os profissionais) pra fazer o matriciamento. Isso ocorre com qualquer assunto que condiz com a estrutura da saúde, a gente sempre tem uma matricial sobre o assunto. E nas técnicas também, quando trazem essas informações todinhas nós somos a ponte entre o Distrito e as Unidades de Saúde.

Então é um efeito: Secretária de Saúde, Distrito Sanitário, Apoio Matricial e Unidades, nós fazemos essa ponte. E assim nós temos um bom resultado. O matriciamento é exatamente isso, tirar da matriz o assunto e enraizar para outros cantos. Nós fazemos exatamente isso, pegamos o assunto lá do Distrito e enraíza para as Unidades, e as Unidades automaticamente para os Territórios (ESF) (Entrevistada 13).

O processo de trabalho em equipe desenvolvido a partir do apoio matricial não contempla a realidade de todas as profissionais pesquisadas, ou quando ocorre a execução é acrescida de um viés que não condiz com a própria distinção dessa lógica em seus dispositivos.

Não ocorre pelo menos como está preconizado pela portaria. O que fazemos são palestras, mas que não funcionam como o apoio matricial (Entrevistada 1).

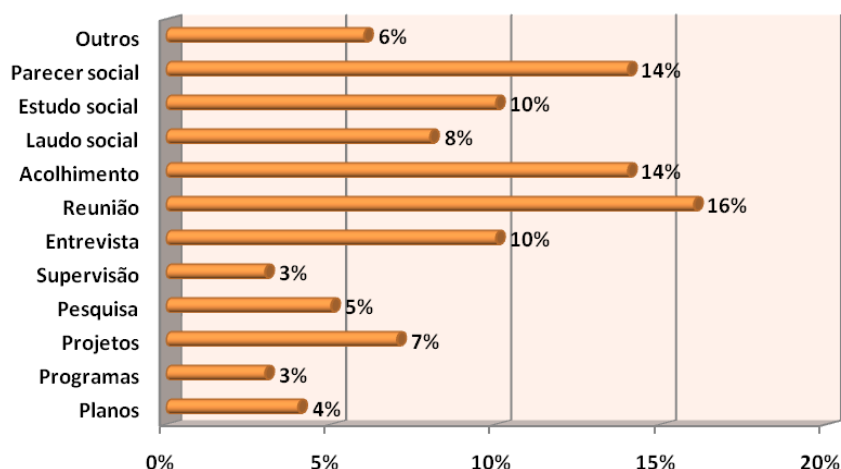
Não, a gente não trabalha com apoio não. Já chegamos a trabalhar, mas não deu certo aqui no nosso município não (Entrevistada 3).

Isso aqui foi quando implantaram o NASF agora não tem mais essa coisa de matriciamento não, tem apenas uma coordenadora que faz reunião com a gente, somente (Entrevistada 4).

Quanto ao processo de trabalho próprio das Assistentes Sociais, abrange um conjunto de estratégias, instrumentos e técnicas dessa profissão. Dentre os mais utilizados pelas entrevistadas, na mediação das demandas identificadas na execução de seu trabalho, a que mais se destacou foi às reuniões, com 16%, em seguida os 14% do parecer social e do acolhimento. Houve uma paridade nos dados referentes aos 10% do estudo social e da entrevista, assim como os 3% da supervisão e dos programas, sendo esses os de menor incidência.

No que se refere aos 6% dos outros instrumentos e técnicas verificados na pesquisa temos: a atividade educativa, as rodas de conversa, as oficinas, a elaboração de relatório social e de apoio, e a visita domiciliar; procedimentos que estão presentes no cotidiano da Atenção Básica de Saúde.

Gráfico 3: Dados da pesquisa no NASF quanto às **estratégias, instrumentos e técnicas utilizados no trabalho profissional.**



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Esses meios são utilizados pelas Assistentes Sociais na execução de seus processos de trabalho. A utilização deles prescinde a clareza a respeito do motivo pelo qual esta fazendo uso, ou seja, o porquê de agir sobre um determinado fim, e isso implica no conhecimento prévio acerca das consequências futuras. Esse ato objetiva reduzir os riscos de “cair no tecnicismo burocrático que nem sempre responde aos interesses dos usuários” (HOFFMANN, 2007, p. 103).

As principais demandas atendidas pelas Assistentes Sociais dos NASF pesquisados são provenientes das equipes da ESF e dos usuários desse serviço. Para atender tal demanda as principais ações estão direcionadas a perspectiva socioeducativa, ou seja, uma ação que se volta para orientações reflexivas, com a socialização de informações através de “abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p. 52).

De acordo com o Caderno do NASF (2009), o qual aponta a organização do processo de trabalho estabelecendo as ações a serem realizadas por todos os profissionais que integram tal serviço, compete ao Assistente Social o desenvolvimento de um conjunto de ações direcionadas a interface com as equipes da ESF. Tais ações estão direcionadas a: atuar de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pela equipe SF, discutindo e realizando visitas domiciliares em conjunto com elas, apoiando no desenvolvimento de técnicas de educação e mobilização em saúde; estimular e acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos de caráter comunitário; prestar esclarecimentos a respeito de benefícios

socioassistenciais e dos direitos sociais; identificação no território de valores e normas culturais que contribuam no processo de adoecimento; estímulo e acompanhamento das ações voltadas para a participação social em conjunto com as ESF e na coordenação dos trabalhos de caráter social adstritos às ESF.

Em relação à proposta da promoção a saúde, outra linha de atuação na qual o Assistente Social contribui é a educação em saúde, efetivando a proposta da SF no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde em conjunto com a comunidade. Ela é entendida como um processo educativo fundamentado no diálogo entre o saber científico e o popular, “bem como na inter-relação entre profissionais, usuários(as) e organizações sociais, visando o alargamento do cuidado à saúde a partir dos interesses, do pensar e fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 1997 apud SILVEIRA, SILVA, BRAZ, 2006, p.113).

A promoção da saúde é o seu principal papel, o controle através da promoção. É tratar a doença antes de ela chegar. Então a promoção em saúde retorna em benefícios para a sociedade e em termos econômicos para o País. Se as pessoas estão saudáveis menos elas vão fazer uso disso e maior será a sua longevidade (Entrevistada 13).

Contribuindo nessa direção, existe uma tendência, na contemporaneidade de alguns municípios, a não inclusão dessa categoria na composição do NASF justificando-se pela existência dos mesmos nas Secretarias de Assistência ou nas de Saúde, podendo dar cobertura às equipes SF/NASF, não havendo necessidade de inseri-los nas mesmas. Porém, adotar tal medida expressa uma compreensão restrita acerca da profissão, traduzindo num trabalho paralelo (ou apêndice) de atuação nas equipes, contribuindo também na quebra de vínculo com a comunidade, uma prerrogativa na atenção básica.

Diante disso, o lugar do assistente social no NASF deve proporcionar condições viáveis para a criação do vínculo entre as equipes e os usuários, o conhecimento efetivo do território e das condições de vida da população. Bem como uma atuação voltada para a prevenção e a promoção da saúde; incentivando à intersetorialidade; o estímulo ao controle social e à organização e mobilização da comunidade; desenvolvendo atividades voltadas para a divulgação e defesa dos direitos sociais.

Assim, as profissionais desenvolvem as ações educativas nos NASF visando à transformação da atenção histórica na saúde que se debruça no tratar específico da doença escamoteando toda a realidade biopsicossocial que permeia os usuários dos serviços de saúde.

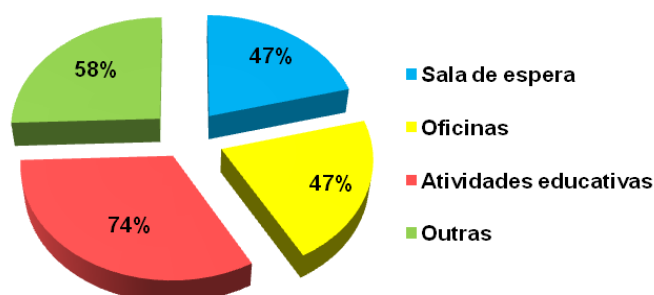
Dar o retorno à comunidade, através das ações educativas que melhoram as condições de vida dos usuários, naquilo que o PSF não consegue responder por estarem encharcados de tanta coisa, devido ao excesso de demanda. Não quer dizer que seja por deficiência do PSF, mas por conta dessa cultura que a gente ainda tem de que saúde esta ligada ao médico e ao trabalho curativo (Entrevistada 5).

A vinculação das profissionais aos usuários visa à realização de atividades coletivas, com isso 84% responderam existir espaços para o desenvolvimento de atividades coletivas, em contrapartida a 16% das profissionais que julgaram não haver espaços que suportem a realização de atividades grupais. Apesar da maioria ter confirmado existir espaço para atividades coletivas, esses lugares são na maioria adaptados no momento da realização das ações, como no fato de ser retirada as cadeiras para aumentar o espaço na Unidade.

Nos espaços disponibilizados para atividades coletivas, a modalidade mais desenvolvida, com 73%, pelas profissionais com os usuários são as atividades educativas, em que são repassadas informações acerca dos cuidados em saúde. As salas de espera juntamente com as oficinas também foram apontadas, mas em menor incidência, cada uma com 47% dos relatos. A primeira se constitui nas orientações e esclarecimentos passados a população enquanto esperam ser atendidos nas Unidades de Saúde. Já a segunda consta dos esclarecimentos dados aos usuários por vários profissionais da equipe em um momento comum.

As modalidades de atividades relatadas como outras, com 58% dos casos, referem-se aos grupos formados a partir de determinadas áreas estratégicas da Atenção Básica, como a Saúde da Mulher no caso do grupo de mães e atividades com gestantes. Além da Saúde do Idoso com grupos de idosos proporcionando atividades direcionadas a eles. São outras atividades a reunião de equipe e com a comunidade; a feira de saúde; a educação permanente com a equipe de saúde e o acolhimento aos usuários.

Gráfico 4: Dados da pesquisa no NASF quanto às modalidades de atividades coletivas desenvolvidas.



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Para atender as demandas provenientes dos usuários e das ESF as Assistentes Sociais buscam superar as práticas burocráticas na saúde, desenvolvendo uma rotina de trabalho não fixada em fazeres pré-estabelecidos, abrangendo por um lado à demanda livre e por outro lado aquelas previamente agendadas.

Não tenho rotina de atendimento aos usuários não, é mais espontânea, mais precisamente são visitas espontâneas (Entrevistada 17).

Eu trabalho com agendamento semanal, aí sempre que eu vou as Unidades e identifico alguma coisa, os profissionais do Saúde da Família encaminham pra mim. E tem também as visitas domiciliares (Entrevistada 15).

A importância de se romper com as rotinas nas ações do Serviço Social é colocada por alguns autores como Hoffmann (2007), enquanto necessária para fortalecer e potencializar as informações trazidas pelos usuários quando buscam o atendimento. As rotinas de trabalho burocratizam as ações de um profissional que é capacitado para compreender as necessidades dos usuários em sua totalidade, colocando-o enquanto um sujeito histórico e capaz de promover a transformação na realidade social. As entrevistadas também comungam dessa compreensão ao negarem o estabelecimento de rotinas no seu processo de trabalho.

Rotina dá uma idéia de coisa costumeira, sem ação, sem expectativa, fechada, programada e Serviço Social não tem essa programação, ele é independente, parece até que anda sozinho, não tem rotina pra ele não (Entrevistada 5).

A fixação de rotinas também prejudica no momento de identificar o atendimento às necessidades dos usuários, as Assistentes Sociais não conseguem visualizar o resultado de suas ações porque muitas vezes estão presas ao cumprimento de atividades previamente estabelecidas. Algumas falas das entrevistadas expressão o problema em se definir rotinas dentro de uma demanda que traz necessidades imediatas e urgentes, e outra que não sabe identificar as respostas dos usuários perante a sua atuação.

Atende em parte, porque essa rotina congelada, fixa, dificulta porque tem dia que eu tenho prioridade numa visita que eu sei que é de urgência, mas o carro está na outra equipe aí pra ele vim pra cá é uma dificuldade. Mas isso não é sempre que acontece (Entrevistada 1).

Não sei, eles é quem pode responder né? Porque eu não sei se estou atendendo aquilo que eles esperam, eu trabalho pra isso, é a minha intenção que sim (Entrevistada 9).

Entretanto, o resultado do processo de trabalho das Assistentes Sociais dos NASF pesquisados é evidenciado quando a demanda é atendida em sua necessidade. A análise nos permite inferir que o reconhecimento das ações incide num conjunto de respostas baseadas no vínculo estabelecido com o usuário e na realização do trabalho em equipe através do apoio matricial.

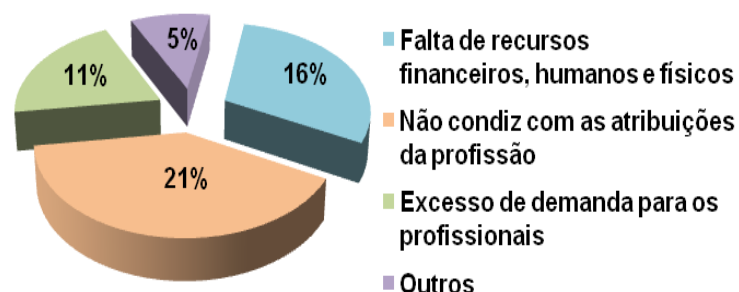
Porque a gente tem acesso direto aos usuários aí fica mais fácil identificar essa resposta, seja por meio do próprio usuário que vem até nós ou por outra pessoa da família (Entrevistada 1).

Eu vejo nas equipes que eu apoio o discurso de satisfação dos usuários quando eles dizem que melhorou o acesso, o fluxo e entrada dele na Unidade de Saúde (Entrevistada 14).

Como se estabelece vínculo com a comunidade, a gente consegue visualizar isso, numa relação de reconhecimento (Entrevistada 16).

A precarização no processo de trabalho do Assistente Social inserido no NASF é identificada pelo excedente de demanda a ser atendida. As entrevistadas afirmaram positivamente, com um percentual de 68% do total, atender a todas as demandas que a elas chegam. Enquanto que 32% das profissionais não conseguem realizar tamanho feito.

Gráfico 5: Dados da pesquisa no NASF quanto ao **motivo por não atender a todas as demandas a elas dirigidas**.



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

Em sendo assim, 21% dentre os motivos que mais impedem as entrevistadas de atender a todas as demandas tem-se o fato de não condizer, em muitos casos, com as atribuições da profissão. Em seguida, com 16% das justificativas, temos a falta de recursos financeiros, humanos e físicos, e o excesso de demanda para as profissionais, confirmados em 11% dos relatos. Dentre os outros motivos, com 5% dos registros, apontados pelas Assistentes Sociais, temos a falta de fluxo estabelecido nos serviços como mais um dos fatos que impedem o atendimento do usuário em sua totalidade.

Adicionado a esses fatos encontra-se a existência de excesso de demanda, identificada em 63% das respostas positivas em contrapartida as 37% que afirmaram não existir tal situação. Essa verificação é justificada pela quantidade de Saúde da Família que as equipes dos NASF devem estar vinculadas.

É muita Unidade pra atender em pouco tempo, sendo necessária contratação de mais profissionais (Entrevistada 6).

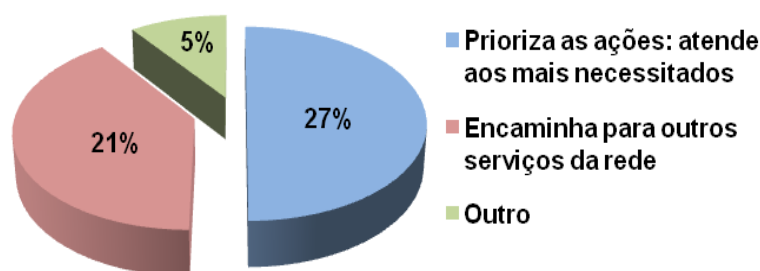
Pela quantidade de equipe Saúde da Família que o NASF está vinculado em comparação ao de Assistente Social (Entrevistada 8).

Mesmo sendo constatado o excedente de demanda a ser atendida pelos profissionais, são traçadas estratégias que visam ao menos minimizar o problema. Com isso, a alternativa tomada pela maioria centra na prioridade do atendimento, focando suas ações nos mais necessitados.

A articulação do encaminhamento a outras redes de serviço são grandes aliadas no combate à demanda excedente, auxiliando em 21% dos casos. Contudo,

os procedimentos tomados não se fixam apenas nessas medidas, 5% das Assistentes Sociais realizam outros encaminhamentos como estabelecer uma escala de prioridades.

Gráfico 6: Dados da pesquisa no NASF quanto à **alternativa tomada para atender ao excedente de demanda.**



Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

A deficiência no quantitativo de Assistentes Sociais atuando junto às demandas dos NASF nos municípios pesquisados reflete um aspecto constatado pelas próprias entrevistadas, pois 68% afirmaram existir esse déficit em contrapartida aos 32% dos relatos que negaram tal fato. Os motivos que levam a tal constatação estão presentes no próprio desdobramento do NASF em nível local, ou seja, na forma como a gestão municipal vem executando as formas de contratação dos profissionais que compõe as equipes NASF.

Eu creio que seja por questões financeiras da própria gestão municipal, já que tem uma verba pra pagar os profissionais e se ultrapassar isso não vai ter como pagar (Entrevistada 4).

Falta de “oportunidade” de contratar mais profissional por parte da gestão municipal (Entrevistada 9).

Da forma como está sendo gerenciado o serviço do NASF no município (Entrevistada 19).

Os motivos por não atender a todas as demandas direcionadas as profissionais também estão relacionados ao excesso de demanda estabelecido pela própria portaria de criação do NASF. A quantidade de equipe a ser acompanhada pelas profissionais se torna extensa ao aglutinar as demandas advindas das equipes de SF e aquelas provenientes dos usuários.

Pela própria quantidade de equipes NASF que o município pode comportar, de acordo com o Ministério da Saúde (Entrevistada 17).

Pela gestão não compreender que a quantidade de famílias nas comunidades é muito grande para a quantidade de profissional existente (Entrevistada 16).

Pela quantidade da demanda existente aqui para o Serviço Social e que em muitos casos eu não consigo acompanhar, então é importante ampliar pra poder ser feito esse acompanhamento (Entrevistada 14).

A contribuição apontada pelas profissionais a reconduzem ao processo de trabalho em equipe evidenciando a particularidade na atuação individual das profissionais. Demonstra a necessidade das outras categorias reconhecerem e compreender quais as ações desse profissional para melhor encaminhar as demandas.

Ampliar o entendimento dos profissionais da saúde acerca do que nos compete enquanto profissionais. Aproximação com as redes locais de saúde (a intersetorialidade) esclarecendo o papel do Assistente Social no NASF, com vista a assegurar o direito do usuário que procura nossos serviços (Entrevistada 16).

Pela sua capacidade em trabalhar com grupo, algo que é passado na própria formação acadêmica (Entrevistada 5).

Assim como projeta a concepção da formação ampliada pertinente à profissão, uma particularidade que vem contribuindo com a abordagem ampliada aos usuários, vislumbrando a luta pelo estabelecimento dos direitos sociais.

A contribuição esta na visão que o Assistente Social tem sobre o social, colocando pela fala o que condiz com seus direitos sociais (Entrevistada 13).

As reflexões das condições sociais, econômicas e de moradia que o Assistente Social insere no debate junto às outras profissões, algo que é bem peculiar a ele (Entrevistada 14).

As evidencias constatadas no processo de trabalho das Assistentes Sociais elucidam as particularidades da manifestação da precarização nos serviços de saúde, além da modificação nas demandas a serem atendidas, muda também às formas de como atender a elas. Nesta direção, não só o processo, mas também as relações e condições de trabalho no contexto de inserção da força de trabalho

especializada do Serviço Social retratam certas especificidades que coadunam com a lógica racionalizadora do Estado em investir nos trabalhadores e na atenção básica de saúde.

3.3.2 – As relações de trabalho das Assistentes Sociais do NASF

A conformação do Estado brasileiro em gerir sua força de trabalho no atual contexto assume a perspectiva do ajustamento nos gastos públicos. Com isso, os preceitos da flexibilização da força de trabalho assume a posição de destaque, recompondo-as dentro de uma lógica racionalizadora proveniente das experiências vivenciadas na produção industrial.

A realidade encontrada com o estudo retrata o efeito que essa lógica causou na força de trabalho do Assistente Social inserido nesse setor. O processo de desregulamentação das relações de trabalho consolidado com a reforma do Estado toma forma nesse estudo a partir do binômio existente entre vínculos trabalhistas flexibilizados e trabalhadores efetivados por meio de concurso público.

O primeiro aspecto compreende as Assistentes Sociais que integram os municípios de João Pessoa, Mamanguape, Conde, Campina Grande e Cabedelo. Elas mantêm uma relação trabalhista com a administração pública permeada por indicativos da desregulamentação do trabalho. São relações que contrariam os princípios constitucionais, mas que caminham de mãos dadas com os ditames impostos pela contrarreforma administrativa do Estado brasileiro.

Com isso, o vínculo celetista está presente na relação trabalhista de 16% das profissionais entrevistadas e o vínculo temporário atinge a grande parcela delas, com 68% dos relatos. Neles os aspectos relativos à estabilidade não são conjugados do mesmo modo que o vínculo estatutário. As Assistentes Sociais celetistas mantêm com o município uma relação mediada pela CLT enquanto que as temporárias são regidas pela Lei nº 8.745, a qual estabelece como temporário aquele que atenda o excepcional interesse da administração pública.

Por não configurar o vínculo estatutário entre os trabalhadores públicos, essas relações submetem a constante rotatividade de profissionais na realidade do NASF, contudo os municípios que se vinculam assim com sua força de trabalho se expandem numa realidade marcada pela ausência de perspectiva de uma carreira profissional pública.

Outra particularidade integrante nas vinculações celetista e temporária direciona a abrangência das formas de ingresso. A primeira coloca por requisito a realização de seleção pública, em contrapartida a outra não esclarece quais os procedimentos de ingresso, uma vez que é considerada uma modalidade, como o próprio nome diz, temporária na esfera pública, podendo ou não ocorrer via seleção pública.

O ingresso mediado pela seleção pública registrou 37%, enquanto que 58% das profissionais ingressaram no NASF por outras vias como a indicação, o currículo, o convite, o remanejamento, a entrevista e a seleção interna. Isso emoldura as condições de instabilidade baseada nos preceitos da flexibilização na esfera pública municipal, configurando-se na força de trabalho do NASF. Certamente, as Assistentes Sociais que não ingressaram via concurso ou seleção pública estão cotidianamente submetidas à incerteza do trabalho, condicionadas à permanência ou não do gestor municipal.

Além disso, as outras modalidades de ingresso representam aquilo que Nogueira (2006) rotulou como trabalho irregular, uma vez que “o trabalhador foi admitido à instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública” (Ibid., Idem, p. 151). É importante salientar que a contratação de servidores temporários somente pode prescindir ao processo seletivo público em casos de emergências em saúde pública. Fora isso o processo seletivo deve ser sujeito à ampla divulgação, inclusive no Diário Oficial da União, como preconizado no art.3 da Lei 8.745/1993.

Nesse aspecto, dentre as localidades que prevaleceram o ingresso por meio de outras formas que não a seleção pública, o município de João Pessoa liderou com 26% dos registros, seguindo de Campina Grande 16%, Conde 6%, Cabedelo 5% e Mamanguape 5%. Um reflexo da expansão da desregulamentação da força de trabalho pelos municípios paraibanos, proporcionados pelo advento de uma lógica que repassa para a esfera local certa autonomia naquilo que condiz com a gestão do público.

Tal realidade demonstra a capacidade administrativa de imbuir nos dirigentes do comando municipal certa autoridade para estabelecer contratos encharcados de interesses clientelistas que degradam o arsenal das políticas públicas, principalmente aquelas recém criadas, como o caso do NASF, em favor da manutenção dos costumes políticos da cada região. O rebatimento disso na força de trabalho se expressa com a agudização das relações e condições precárias de

trabalho, como reafirmados nesse estudo, e uma submissão à gestão municipal que limita a atuação profissional aquilo que está posto.

A expansão desses vínculos pelos municípios está representada pela quantidade de Assistentes Sociais estatutárias, e nele consta o segundo binômio proporcionado pela reforma administrativa do Estado. As entrevistadas com vínculo efetivo registram apenas as cidades de João Pessoa, Mamanguape e Santa Rita, sendo essa última à única que tem com sua profissional a relação estatutária. Em percentual paritário ao celetista, 16% das Assistentes Sociais estão efetivadas, assumindo um vínculo estável com a administração municipal. Assim, elas são regidas por estatuto próprio e a forma de ingresso se expressa no concurso público, incorrendo em 5% das entrevistadas.

A particularidade identificada nas profissionais concursadas reflete a flexibilização nas formas de organização dos serviços públicos. O cargo para as Assistentes Sociais se submeteram em concurso nem sempre condiz com o cargo assumido. Ou seja, 89% das profissionais foram contratadas para assumir o cargo de Assistente Social do NASF, enquanto que 11% foram contratadas para assumir o cargo de Assistente Social na Secretária Municipal de Saúde.

É nesse último percentual que centra duas das Assistentes Sociais concursadas, uma integra o quadro de servidores da Secretária de Saúde da capital da Paraíba e a outra o município de Mamanguape. Ambas ingressaram no NASF por meio do remanejamento ou transferência, e não por um concurso direcionado exclusivamente para o Núcleo.

Quer dizer, eu fui remanejada porque eu sou concursada do município como Assistente Social, aí quando o programa foi inserido aqui na cidade, passaram pra mim (Entrevistada 10).

O recurso utilizado a partir da transferência de profissionais de um setor para outro recai sobre a lógica da redução dos gastos públicos com a força de trabalho e também não estabelece relação de vínculo direto com o NASF, pois o profissional fica a disposição nesse lugar, sendo muitas vezes convidado para tal posto.

Assim, a realidade identificada evidencia que o concurso, mesmo que em menor incidência, também não tem garantido um estabelecimento de vínculo direto com o setor para onde foi aberto o concurso, apresentando uma flexibilização dentro da organização do trabalho que não garante o vínculo com os serviços criados pelo

Ministério da Saúde e muito menos com a população, uma vez que o retorno às origens pode ocorrer a qualquer momento.

O único município que realizou concurso com cargos direcionados para compor as equipes do NASF foi Santa Rita, e integrou o percentual de 89% das Assistentes Sociais pesquisadas. Dessa forma podemos considerar que a realidade de concurso para o Núcleo ainda não é uma constante dentro da política de saúde, mesmo com o dispositivo criado pelo Ministério da Saúde voltado a regularização dos vínculos de trabalho, o Desprecariza SUS. Ou seja, tal dispositivo pode até ter gerado uma elevação nos índices de servidores públicos, como explanados no segundo capítulo desse estudo, porém na realidade investigada a eliminação dos vínculos precários passa longe do almejado.

Do exposto, das formas de vínculo a que se sobressaiu reflete a presença de uma força de trabalho temporária, o que requer nos debruçarmos um pouco mais sobre ele. Assim, realizamos o cruzamento dos dados do tempo de trabalho no NASF com o tipo de vinculação, objetivando compreender se o tempo em que as Assistentes Sociais estão no NASF corrobora com o estabelecimento da necessidade temporária de excepcional interesse público preconizada nesse tipo de vinculação. A tabela abaixo nos mostra tal cruzamento.

Quadro 2: Dados referentes ao cruzamento das informações sobre o tempo de serviço no NASF com o vínculo.

Tempo de serviço no NASF	Vínculo	Resultado do cruzamento	Percentual
2 anos e 7 meses	Temporário	1	5%
1 ano	Temporário	2	11%
1 ano e 9 meses	Temporário	1	5%
1 ano e 9 meses	Celetista	1	5%
2 anos	Estatutário	2	11%
2 anos	Temporário	4	21%
2 anos e 3 meses	Celetista	2	11%
2 anos e 7 meses	Temporário	1	5%
3 anos	Temporário	4	21%
3 anos e 6 meses	Estatutário	1	5%

Fonte: dados primários coletados entre os anos de 2011 e 2012.

O cruzamento dos dados evidenciou que os contratos temporários ultrapassam os limites de tempo estipulados pela Lei nº 8.745 de 1993. Os maiores índices apontam um intervalo de 2 a 3 anos de permanência das Assistentes Sociais nos NASF. O tempo de permanência dos contratos temporários justificados pelo

gestor municipal como sendo para atender a assistência a emergências em saúde pública não pode ultrapassar o prazo máximo de dois anos. Contudo a adoção desse tipo de vínculo proporciona a contratação de uma força de trabalho menos onerosa e mais susceptível a relações precárias de trabalho.

Para a realidade do NASF, esse índice afronta duplamente a sua constituição. Por um lado atinge a força de trabalho ao estabelecer uma relação trabalhista incerta e imprevisível, capaz de gerar uma crescente apreensão entre as profissionais acerca da possibilidade de se integrar ao excedente de trabalhadores desempregados. Na outra extremidade, fragiliza o vínculo entre o trabalhador, às equipes da ESF e os usuários, vínculo esse tratado pelo Caderno NASF como a principal tarefa a ser realizada pelos profissionais dentro das equipes.

De outra forma, a reincidência do vínculo temporário compromete a continuidade da assistência prestada no NASF, repercutindo também na qualidade das ações da Estratégia Saúde da Família, uma vez que o trabalho em saúde entre eles deve ocorrer conjuntamente, de forma articulada.

A submissão das profissionais aos ditames da flexibilização nas relações de trabalho também se refletem nas funções as quais assumem. A empiria nos revelou outro aspecto importante acerca da precarização: a distorção entre aquilo que preconiza o contrato de trabalho e a função desempenhada pela profissional. Ou seja, em algumas realidades o profissional é contratado enquanto profissional da área, mas na realização do processo de trabalho suas atribuições ou são distorcidas de sua formação original ou são agregadas outras funções que não apenas a referente ao seu núcleo de saber.

A função de Assistentes Sociais do NASF é exercida por 63% das profissionais, enquanto que 37% delas desenvolvem a função de Apoio Matricial. Essas últimas são referentes ao município de João Pessoa, a única localidade onde não só o Serviço Social, mas todos os profissionais do NASF são reconhecidos por tal função. Por conta disso não podemos então estabelecer que tais profissionais estivessem em “desvio de função”, pois se assim fosse elas não seriam profissionais do NASF de João Pessoa, já que todos os profissionais, dentre as categorias que compõe o NASF, são reconhecidos na função de Apoiador Matricial.

Tal lógica ingressa na realidade desse município embasado no que preconiza o Caderno NASF ao considerar os profissionais como “apoiadores”. A tal denominação aparentemente não passa nenhuma conotação de precarização,

contudo essa compreensão salta aos olhos quando a transferimos para a redução dos direitos trabalhistas. Esse fato repercute de forma negativa a partir do momento em que a própria gestão municipal utiliza desse dispositivo para negar os direitos da categoria.

A recém aprovada Lei 12.317/2010, ou comumente conhecida como a Lei das 30 horas de trabalho para o Assistente Social, adentra em um cenário marcado pela quebra de direitos conquistados em tempos pretéritos, o que a torna uma enorme conquista da categoria. Um processo permeado por inúmeras ações de mobilização e articulação junto ao poder executivo, movimentos sociais e sindicais, culminando com um ato público na Esplanada dos Ministérios em Brasília durante a realização do XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) naquela cidade no ano de 2010.

Essa lei estabelece uma jornada de trabalho de 30 horas semanais e sem redução salarial, contudo as profissionais que exercem atividades de outra natureza administrativa “abre mão de suas prerrogativas profissionais” (CFESS, 2011). Uma dedução sensata se levarmos em consideração que o profissional não conseguiu se inserir no mercado de trabalho do Serviço Social, parecendo ser evidente tal dedução.

Porém, a realidade analisada no município de João Pessoa supera essa condição e cria outra em que o profissional é contratado para o cargo de Assistente Social, mas exerce outra função que ao mesmo tempo engloba atribuições pertinentes a seu núcleo de saber e a gestão da força de trabalho da equipe da ESF, de acordo com a lógica do Matriciamento abordada anteriormente.

A Secretaria de Saúde nos identifica enquanto Apoio Matricial e não como Assistente Social do NASF (Entrevistada 16).

Coloca-se que a forma de contrato é para Apoio Matricial, e não para Assistente Social (Entrevistada 14).

Que as Assistentes Sociais não trabalham às 40 horas exclusivamente como Assistente Social, eles são divididos com o Apoio Matricial (Entrevistada 15).

Porque aqui se tem a lógica de trabalhar com o Apoio Matricial. O Assistente Social enquanto profissional do NASF, trabalha mais nas atividades de campo onde se identifica o Apoio Matricial, passando assim a desenvolver muito pouco daquilo que seria do nosso núcleo de saber, próprio do Serviço Social. Ou seja, nós somos

reconhecidos enquanto Apoio Matricial e não Assistente Social (Entrevistada 17).

Nesse aspecto fica o questionamento: Como então obrigar a administração municipal garantir as 30 horas para esse profissional?

A resposta parece um tanto desoladora, um cheque mate a favor dos empregadores de sua força de trabalho. Tal conclusão foi extraída com base na análise de todas as profissionais entrevistadas. À primeira vista os motivos não estão concentrados na falta de conhecimento do dispositivo normativo, pois 95% das pesquisadas a conhecem, em contrapartida as 5% que afirmaram não conhecer, mas com um jeito de quem conhecia, porém receosa em se manifestar.

Não, eu desconheço algum município que vem aplicando essa Lei para quem é contratado (Entrevistada 8).

Então, o motivo pelo descumprimento parece mesmo permear a esfera da gestão municipal, e não só na capital, salvo as justificadas acima, mas em todos os municípios pesquisados. Pois, em termos de aplicabilidade da Lei, 84% das localidades vêm descumprindo o que nela se determina em contraste aos 11% garantidores.

Uma moldura que retrata não o desconhecimento do empregador sobre o direito das Assistentes Sociais, mas sim uma tendência peculiar às transformações nas relações de trabalho, em que o profissional é forçado a aceitar qualquer forma de trabalho procurando evitar ser mais uma vítima do desemprego. E a precarização se alimenta muito bem dessa prerrogativa, condicionando a força de trabalho tanto a intensificação do trabalho quanto a ameaça constante do desemprego, ou seja, “o trabalho estável torna-se, então, (quase) virtual” (ANTUNES, da internet, p. 6).

Não sei te dizer se o gestor conhece, mas a categoria conhece e não reivindica. Até porque se for reivindicar por esse direito corre o risco de perder o emprego (Entrevistada 4).

Outra tendência marcante nesse processo centra no poder de mobilização dos trabalhadores contra as condições precárias por eles vivenciadas. A formulação da “unidade” da classe trabalhadora dentro dessa conjuntura se faz pelas diversas dimensões que assume o trabalho precário, se restringindo aos distintos lugares

onde se manifesta. Assim, existe um fio condutor que liga as formas precárias de trabalho, expressas pela “(des)estruturação do mercado de trabalho e no papel do Estado e sua (des)proteção social, nas práticas de gestão e organização do trabalho” (DRUCK apud DRUCK, 2011, p. 41), que se encontram contaminadas por um alto grau de vulnerabilidade social e política.

No contexto de desregulamentação do trabalho sob a égide da precarização a capacidade de luta pela implantação dos direitos parece neutralizar as Assistentes Sociais dos NASF, pois mesmo sendo vitimadas de suas conquistas, 73% delas não tem se mobilizado contra isso. Dentre as justificativas pelo não feito, a forma de vinculação estabelecida com o município é a principal causa contra a luta pela redução da jornada de trabalho. Isso corrobora com o entendimento de que a cooptação dos profissionais do Serviço Social pela gestão local se volta a “capturar o consentimento passivo do trabalhador” (IAMAMOTO, 2008, p. 118), criando estratégias capazes de reduzir os gastos públicos.

Acho que é por falta de aplicar mesmo, sei que ele tem conhecimento e até certo ponto eu tenho culpa também, mas não reivindico por conta mesmo do contrato, não sou efetiva (Entrevistada 2).

Talvez por ser uma categoria nova, o NASF ainda não tem se mobilizado por isso. E nós somos contratadas aí você sabe, qualquer coisa pode ser colocada pra fora (Entrevistada 5).

Eu acho que é obvio que a secretaria tem conhecimento, mas eu acho que a categoria ainda não se mobilizou, até porque a gente não é concursada aí não tem uma força maior (Entrevistada 7).

Como a gente é contratada, então (Entrevistada 11).

Diante desse contexto, o que representaria um dispositivo capaz de “contribuir para a garantia de melhores condições de trabalho e se inserir na luta pelo direito ao trabalho com qualidade para todos/as” (CFESS, 2011, p. 188), o cumprimento das 30 horas semanais sem redução salarial se torna para as Assistentes Sociais dos NASF uma dificuldade, um desafio.

A questão do cumprimento da nossa carga horária de 30 horas, que foi uma conquista, mas vem sendo um desafio coloca-la em prática (Entrevistada 14).

Esse processo de precarização nas relações de trabalho vivenciada pelas Assistentes Sociais do NASF expressa uma tendência do mercado de trabalho contemporâneo, como aponta Antunes (2010), em diminuir o número de trabalhadores protegidos e substituir por outros que entram e saem mais facilmente, sem custos com demissão. As transformações ocorridas nas relações de produção penetram a realidade do NASF por meio da “desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a consequente regressão dos direitos sociais” (Ibid., Idem, p. 50).

Contudo, a concretização dos efeitos flexibilizadores das relações de trabalho no Núcleo também foi identificado enquanto decorrência do processo de descentralização na área da saúde. A diferenciação na remuneração das Assistentes Sociais dos municípios pesquisados demonstra como o SUS vem sendo implantado de modo heterogêneo, apesar da ampliação na cobertura.

A remuneração das profissionais apresentou uma disparidade entre os locais de implantação do Núcleo. Nesse aspecto é importante ressaltar que mesmo tendo a maioria de 37% das profissionais afirmado receber um salário¹³ entre mais de 4 até 5 salários mínimos, a particularidade dos fatos esta situada no desagregamento por municípios.

Assim, as Assistentes Sociais que afirmaram receber 1 s/m (com uma profissional recebendo R\$ 540,00), mais de 1 até 2 s/m (condizendo a uma entrevistada com remuneração de R\$ 540,00 a R\$ 1.080,00) e mais de 2 até 3 s/m (um quantitativo de quatro trabalhadoras auferindo de R\$ 1.080,00 a R\$ 1.620,00), são todas profissionais do NASF de Campina Grande.

Nas cidades de Santa Rita, Conde e Mamanguape a realidade salarial se mostrou equiparada, onde as quatro Assistentes Sociais recebem de mais de 3 até 4 salários mínimos, ou seja, de R\$ 1.620,00 a R\$ 2.160,00 por mês. Em Cabedelo ocorreu uma disjunção no relato das entrevistadas, pois uma afirmou auferir de mais de 3 até 4 s/m (entre R\$ 1.620,00 e R\$ 2.160,00) e a outra de mais de 4 até 5 s/m (de R\$ 2.160,00 a R\$ 2.700,00). O mesmo ocorreu com a realidade de João Pessoa, localidade com o maior índice de casos de melhor salário registrado, em que seis Assistentes Sociais ganham de mais de 4 até 5 s/m enquanto apenas uma fica com 3 até 4 s/m mensalmente.

¹³No período de realização da coleta dos dados o salário mínimo estava em R\$ 540,00.

Ao refletirmos acerca do processo de rebaixamento na remuneração dos trabalhadores públicos em geral, sofrida nos últimos anos ao logo da história recente do país, e que o Estado aponta como resposta às reivindicações desses profissionais a complementação salarial sob a forma de gratificação (o que não é incorporado na aposentadoria), indagarmos as Assistentes Sociais pesquisadas quanto ao recebimento ou não de gratificações. Neste sentido, foi verificado que a remuneração recebida por 79% das Assistentes Sociais do NASF fica restrita apenas ao salário, não sendo uma realidade a complementação por meio da gratificação.

A realidade mostrada com os dados empíricos coaduna com a assertiva de que ao considerar a precarização do trabalho no serviço público apenas pela via do processo de regularização dos vínculos não anula ou supera as condições as quais estão submetidas às Assistentes Sociais do NASF. Tratar a precarização apenas sobre aquele prisma deixa subliminar outros agravantes desse processo também presentes nas condições de trabalho, como veremos a seguir.

Dessa forma, a configuração das relações de trabalho identificadas nos municípios pesquisados evidencia a tendência do Estado a adequar a força de trabalho aos ditames da ordem da flexibilização imposta pelo mercado, criando um leque de possibilidades institucionais e legais capazes de gerir essa força concomitante ao ajuste nos gastos públicos.

3.3.3 – As condições de trabalho das Assistentes Sociais do NASF

A precarização do trabalho no NASF não se difere muito do processo que condiciona a existência da força de trabalho no contexto de formas flexíveis de apropriação do trabalho, assumindo uma lógica de redução de custos com essa força e desregulamentando gradualmente o estatuto do trabalhador estável.

Contudo esse fenômeno não se restringe ao processo e relação de trabalho das Assistentes Sociais do NASF. Ela se amplia atingindo as condições de trabalho a ponto de intervir incisivamente nas ações dessas profissionais. Em meio à ampliação das determinações nas condições de trabalho, a realidade nos permitiu identificar um conjunto de elementos associadas à estrutura física, jornada de trabalho, a disposição de equipamentos, dentre outros.

Antes de adentrarmos na realidade que permeia as condições de trabalho das Assistentes Sociais do NASF, devemos esclarecer que os indicadores a seguir condizem com a realidade que as profissionais se deparam dentro das Unidades de Saúde da Família e nas próprias sedes dos NASF, de acordo com a conformação de cada município.

Além disso, por serem profissionais que estão presentes em várias Unidades de Saúde (ESF) por dia e por semana, as profissionais que não dispõem de sede própria, tiveram de fazer uma média daquilo que a elas encontra-se disponível nas Unidades, para responder as questões do roteiro de entrevista. Correspondendo, as respostas, também a uma realidade que se estende ao quantitativo de equipes ESF que as Assistentes Sociais do NASF estão vinculadas.

As condições de trabalho expressas nas estruturas físicas possibilitou identificar que apenas 16% dos municípios disponibilizam sede própria para o desenvolvimento do trabalho pela equipe, sendo eles Mamanguape e Conde. Os relatos de algumas profissionais indicaram que tais sedes integram um constructo ou de casas alugadas pela prefeitura; como na cidade de Mamanguape onde existem duas casas e uma equipe NASF em cada; ou as equipes ocupam a própria secretaria de saúde, como no Conde; onde a única equipe existente fica localizada em salas reservadas para ela.

Os reflexos da precarização afetam intensamente aquelas profissionais que não possuem sede, ou seja, 84% que atuam em João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Cabedelo. Isso não é constatado tomando por parâmetro o percentual atingido, mas sim as condicionalidades que estão submetidas. A mais grave delas coloca a relação do vínculo com os usuários na justificativa por não possuírem sede própria. Ou seja, as profissionais creem que a conformação das equipes NASF em um espaço tomado por sede própria prejudicaria o imperativo da vinculação trabalhador e usuários.

Acho que não é preciso ter uma sede própria para o NASF não, porque assim perde o vínculo com a comunidade, com os usuários, o NASF tem que estar é dentro das Unidades mesmo (Entrevistada 6).

Ao se justificarem por esse espectro elas remontam ao compromisso assumido pela profissão com o usuário, um pacto que tem “levado os trabalhadores a se submeterem a condições e relações de trabalho degradantes em nome do [...]

vínculo com o usuário” (SOUZA, 2009, p. 206). Porém essa relação não está mediada apenas pelo compromisso da categoria, ela permeia inclusive os preceitos normativos preconizados no Caderno do NASF.

Ao transportar esse princípio para as diretrizes componentes do NASF, as Assistentes Sociais apontam para uma perspectiva que em tese não justificaria tal vinculação. Uma vez que as “interações diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF” (BRASIL, 2009, p. 8).

Eu particularmente acho que ter uma sede iria contradizer o que preconiza as Diretrizes do NASF, que nós somos apoio. Pelo que eu saiba apoio é você estar junto, é difícil você dá um apoio longe, pelo próprio sentido da palavra. Eu acho que deveria existir sim, uma sede pra gente fazer reunião, capacitação, para as psicólogas e a fonoaudióloga ter um espaço pra desenvolver alguma atividade. Mas estar toda a equipe em um espaço, eu não concordo. É pra gente estar nas equipes pra conhecer as necessidades, a comunidade, pra poder dar o apoio (Entrevistada 8).

Em sendo assim, a vinculação profissional parte do pressuposto de apoiar a equipe de profissionais da ESF, a eles é que a ação deve ser estabelecida por meio direto, e não com a comunidade. Contudo essa relação não deve ser fixa, fechada a uma única demanda, seu direcionamento é dialeticamente relacionado a uma estrutura de organização do trabalho no Núcleo.

Na verdade o discurso das entrevistadas introjetado no amago da concepção da não importância de uma sede própria para a equipe NASF repõe a ordem do dia caracterizada na desoneração dos cofres públicos com a saúde. Um processo que intensifica a precarização no trabalho a ponto de passar despercebido por aqueles cuja venda da força de trabalho se constitui pelo assalariamento.

Acho que o NASF com uma sede própria ele se isola da equipe Saúde da Família. Eu acho que ele deve ficar inserido ali mesmo dentro do PSF. Acho que não precisa disso. Se dentro do Saúde da Família tem uma sala de reunião, pode então ceder pra fazer um atendimento mais individualizado. Eu até agora não vejo nada de positivo em ter uma sala ou sede pra o NASF não (Entrevistada 11).

A decorrência dessa compreensão associada ao não pertencimento de uma sede própria é identificada em dois momentos: na falta de espaço suficiente para abarcar tantos profissionais juntos em um local que mal suporta uma, e a outra

decorre da primeira e condiz com a falta de espaço para do desenvolvimento de atividades coletivas.

A primeira consequência foi constatada na realidade das cidades de Cabedelo, Santa Rita e Campina Grande nas quais as equipes NASF estão inseridas nas Unidades de Saúde da Família, por não terem sede própria, tendo que dividir o mesmo espaço com todos os profissionais da ESF.

Os espaços das equipes da ESF consistem numa “adequação de imóveis residenciais em unidades de saúde” (SOUZA, 2009, p. 227), onde a falta de estrutura física já não comporta os profissionais que a ela integra. Por conta das condições dessas estruturas nas unidades, a realização do trabalho das equipes perde na qualidade do atendimento aos usuários.

Assim, alguns profissionais do NASF, como é o caso do Assistente Social, são praticamente obrigados a constituírem escalas de trabalho entre os profissionais do NASF e da ESF, por conta da falta de espaço físico.

Quando nós fazemos o nosso horário a gente vê a disponibilidade de sala naquele horário, naquele dia, naquela Unidade. Não quer dizer que se eu chegar aqui e tiver um profissional, a sala estiver ocupada, tiver muita gente e eu não tiver aonde atender, sento ali atrás, aonde eu já sentei, sento ali na cozinha, na sala da técnica, ali no quintalzinho da Unidade, no bequinho. Tem uma Unidade que sempre quando eu chego está muito cheia aí eu atendo na salinha da vacina. Boto uma mesinha com uma cadeirinha, fica baixinho como você vê, mas eu atendo. Quer dizer, não tem empecilho pra atender o usuário (Entrevistada 3).

A segunda particularidade foi identificada na cidade de João Pessoa na qual as equipes também não possuem sede própria e os apoiadores ficam localizados nos Distritos Sanitários ou nas ESF. De acordo com os relatos das entrevistadas, algumas Unidades Integradas¹⁴ já dispõe de uma sala própria para todos os apoiadores NASF, contudo nas Unidades Isoladas¹⁵ ainda não tem.

¹⁴ Por Unidades Integradas entende-se a reunião de mais de uma Equipe Saúde da Família em um mesmo espaço físico, onde estão presentes os profissionais da medicina, enfermagem e odontologia, juntamente com seus técnicos e auxiliares, e farmácia. Nesses espaços são realizadas atividades condizentes com a Atenção Básica de Saúde. Geralmente é Unidades construídas pelo município, com a disposição dos espaços condizentes com a Portaria Nº 648, a qual estabelece diretrizes e normas para organização da Atenção Básica de Saúde.

¹⁵ Em contra partida, as Unidades Isoladas são aquelas formadas por uma única equipe da Estratégia Saúde da Família em uma estrutura física, comumente fixadas em casas não

Afirmaram ainda que nos Distritos Sanitários (considerando aqui apenas os integrantes da pesquisa) a sala de reunião fica “disponível”¹⁶ para os Apoiadores. Contudo, em se precisando dela para outra atividade, os apoiadores são convidados a sair, coincidindo um pouco com o que ocorre nos municípios relatados anteriormente.

Assim, é preciso entender que o estabelecimento de uma sede própria que referencie a equipe não deve ser distorcido com a compreensão de vínculo que estabelece a Atenção Básica de Saúde, pois uma vez assim compreendida coloca o debate da precarização do processo, das relações e das condições de trabalho desses profissionais em segundo plano. Escamoteia uma realidade que necessita ser compreendida pelos profissionais, debatida entre os gestores do Núcleo e modificada pelas Secretarias Municipais de Saúde, para que discursos como: “a, se eu chegar à Unidade e não tiver nenhuma sala disponível pra eu atender, eu pego uma mesa com uma cadeira e coloco lá fora no quintal e atendo mesmo assim”; não se torne uma constante, não vire uma regra dentro da realidade dos NASF.

As condições precárias de trabalho já identificadas apenas com a não disponibilidade de uma sede própria para a equipe do NASF são incrementadas a cada momento de revelação do real pesquisado. Se as profissionais não possuem uma sede para referenciar as ações desenvolvidas e a própria equipe, então como ficam os atendimentos individuais das necessidades postas ao Serviço Social do NASF?

As respostas evidenciam mais uma peculiaridade de um serviço que atendendo aos preceitos de expansão do SUS via descentralização, amplia os postos de trabalho sob a égide da precarização. Assim, a maioria de 79% das entrevistadas não possui sala própria para atendimento individualizado aos usuários por elas atendidos, sendo obrigadas ou a elaborar seu cronograma de atividades de

habilitadas para receber tal serviço e que são, geralmente, alugadas pelas prefeituras. Esse formato foi à realidade mais encontrada no momento de execução dessa pesquisa, ou seja, no momento de coleta dos dados pela aplicação das entrevistas, ficando de fora apenas uma Unidade recém inaugurada em Campina Grande. Na média feita pelas entrevistadas, essa estrutura física também é maioria dentre as ESF que elas estão vinculadas.

¹⁶ As aspas são para indicar que a referida sala não é exclusiva dos Apoiadores e que havendo necessidade de utilização por outros profissionais não integrantes do NASF, a sala é cedida. Em sendo assim, os Apoiadores de João Pessoa também não possuem sala própria.

acordo com a disponibilidade das salas da equipe de Saúde da Família ou procurar outro espaço dentro, e até mesmo fora da Unidade.

Em nenhuma das Unidades que eu trabalho eu tenho sala pra fazer atendimento individual. Vai no dia que dá, quando a enfermeira esta de folga, ou o médico esta de folga, ou em algum cantinho: na farmácia, aqui na cozinha, na sala de vacina, aonde tiver canto a gente fica (Entrevistada 6).

No caso de atendimento individual, eu e as equipes que trabalham comigo, fazemos sempre um horário que esteja compatível com a folga ou do médico ou da enfermeira, porque aí a sala fica disponível pra mim fazer o atendimento (Entrevistada 8).

Como você vê hoje, aqui eu estou nessa sala por um privilégio, porque a gente não tem sala, o posto não tem estrutura pra abranger todos os profissionais, a gente já pega sala emprestada. Então que dia fulano não vai está atendendo pra mim poder vim naquele dia. Como hoje, que é quinta feira, é o dia da nutricionista, a sala é dela, mas como ela não vem pela manhã, aí eu já troquei o meu horário pra poder ficar numa sala, porque geralmente eu não tenho sala. Eu geralmente fico assim como você viu, em pé escrevendo numa pranchetinha, aí quando tem alguém eu peso: me empresta a sua sala um pouquinho pra mim ficar com essa pessoa que é um particular. Aí eu pego uma salinha e vou. Tem local que eu atendo no quintal, eu pego uma mesinha de birô de carteira de estudante e coloco lá no quintal. O que é fixo é técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, dentista e nutricionista, pra eles têm sala, mas pra gente profissional do Serviço Social, não tem. [...] O pessoal do NASF não tem sala, já pega uma oportunidade na sala vazia de alguém, de algum profissional. É assim que a gente trabalha (Entrevistada 4).

Entretanto, essa realidade não está restrita apenas aos profissionais que não possuem estrutura física compatível com o trabalho do NASF. Ela também está presente em 10,5% das entrevistadas que afirmaram possuir sala própria. Há a divisão do espaço com outro profissional, geralmente com o psicólogo da equipe. Essas Assistentes Sociais estão entre as que afirmaram possuir sede própria, porém tal estrutura condiz com casas comuns, alugadas pelo município para abrigar essas equipes, evidenciando que nem mesmo as sedes próprias dispõem de condições suficientes para as atribuições do NASF.

Outro elemento de destaque refere-se à falta de condições materiais suficientes a realização do trabalho do Serviço Social no NASF. Dos equipamentos necessários, 68% das profissionais afirmaram não possuir nos espaços de atuação, em contrapartida a 32% que possuem. Dentre as possuidoras de equipamentos disponíveis a realização do trabalho nos espaços que ocupam, seja sede própria,

ESF ou Distrito Sanitário, houve uma paridade quanto aos dados referentes às mesas e cadeiras, com 68% dos materiais mais disponíveis a elas.

O destaque dessas variáveis na realidade das pesquisadas evidenciam o parco investimento fornecido aos serviços da atenção básica de saúde, ou seja, a fração do subsistema de entrada no SUS, sob responsabilidade do Estado e direcionado a programas focais, que alicerça nessa atenção a perspectiva do “SUS para os pobres” (BRAVO, MATOS, 2007, p. 210), uma lógica derivada da reforma do Estado e que continua plenamente em curso na saúde.

O investimento em tecnologias e equipamentos que requer um pouco mais de incremento é minoria na realidade dos NASF e apresentam nos espaços de atuação com percentuais de 52% o telefone, 37% o computador, 26% a impressora, e 5% o fax. Já a disponibilidade de equipamentos relacionados ao transporte apareceu em 16% das repostas. No tocante aos outros equipamentos disponíveis, a ocorrência foi de 26%, dando destaque para equipamentos como o data-show, ventilador, material educativo, canetas e atas.

As profissionais que não possuem telefone ou transporte próprio do NASF ou a disposição, pela secretaria de saúde do município, para se locomover até as comunidades, em casos de atendimento domiciliar junto com a equipe da ESF, é muito comum recorrerem aos transportes e telefones particulares. Tudo isso sendo pago pelas próprias profissionais, sem nenhum acréscimo em seus salários, nem mesmo por meio de gratificações. Além disso, quando as mesmas não possuem carro e não consegue carona com quem tem, a alternativa é ir a pé ou de ônibus.

Eu faço os meus meios, telefone é o meu, transporte é carona. (Entrevistada 3).

Caso seja necessário fazer alguma visita domiciliar eu vou a pé junto com o ACS (Entrevistada 5).

O NASF daqui não tem transporte próprio, eu banco do meu bolso. Em caso de visita domiciliar, vai a pé, olha aí a canela como companheira vai a pé. E se for mais distante, vai a pé também. (Entrevistada 6).

O transporte é o pessoal, particular daqueles que tem se não tiver carro próprio vai a pé, de carona ou de ônibus. O deslocamento é muito por conta própria mesmo (Entrevistada 16).

A jornada de trabalho com maior incidência entre as Assistentes Sociais foi de 40 horas semanais, com 95% dos casos, corroborando com a prerrogativa já determinada na Portaria de criação do NASF, em que todos os outros profissionais que não sejam médicos, fisioterapeutas e terapeutas devam cumprir tal horário. O percentual de 5% ficou com a profissional que trabalha 30 horas por semana, a qual é concursada do município de Santa Rita e sua redução condiz com a garantia do recente direito trabalhista conquistado por essa categoria.

As informações constantes na disposição de equipamentos nos espaços de atuação e a particularidade na jornada de trabalho das Assistentes Sociais do NASF da capital nos possibilitou identificar uma dupla jornada de trabalho: uma direcionada a própria dinâmica de organização do trabalho no NASF e a outra pela falta de recursos nas Unidades, à alternativa é trabalhar em casa. Ou seja, uma dupla jornada que ela é institucional e expressa às condições de trabalho das profissionais.

Na realidade de João Pessoa, a jornada de trabalho diária pode exceder nos casos de ações externas ou extras, e o horário a mais é compensado com folgas e não remunerações. As folgas são distribuídas da seguinte forma: 2 folgas para ações ocorridas no final de semana (nos casos de campanhas de vacinação), e 1 folga naquelas realizadas durante a semana em horário extra (ações educativas ou de atendimento a um determinado grupo, como o de homens e mulheres que trabalham em turnos diferentes do horário de funcionamento das ESF).

Para os casos das profissionais que não possuem equipamentos suficientes nos espaços de atuação, suas ações são redirecionadas ao âmbito domiciliar, um retrato que mostra a ocupação do tempo de trabalho estendida para fora dele, tomando proporções que transcendem o limite do espaço ocupacional. Essa constatação é agravada pelo fato delas também não possuírem sede própria para guardar o pouco que utilizam nas ações que desenvolvem.

E os documentos que eu uso, andam comigo, não tem como ficar na Unidade porque não tem lugar (Entrevistada 3).

E o material que eu precisar, ando com ele. Nada que eu precise fica na Unidade, porque não tem aonde deixar (Entrevistada 6).

Com essas limitações eu desenvolvo minhas atividades em casa. Em casos de relatório, parecer, em casos especiais eu resolvo em casa.

Não sendo eu faço aqui mesmo com esses documentos que você está vendo aí. (Entrevistada 3).

Eu também trabalho a noite, quando chego em casa, senão não dá conta, principalmente quando tem relatórios, parecer ou laudo para preparar para o Ministério Público (Entrevistada 16).

Se vira nos trinta. Imprime em casa, faz em cartolina, traz pronto. A gente tem que trabalhar com aquilo que temos a disposição (Entrevistada 6).

Mesmo vivenciando as condições precárias de trabalho emolduradas até então, nenhuma das Assistentes Sociais consideraram a estrutura disponível de péssima qualidade. Os indicadores mostraram que 48% as julgaram regulares, 26% boas, 16% ruins e apenas 5% ótimas, abstendo-se das respostas 5% das entrevistadas.

Esses dados, aglutinados as manifestações de indignação de algumas entrevistadas durante a execução da pesquisa, são representativos da tensão que as relações de trabalho vinculadas a contratos temporários vêm causando na realidade analisada. O não registro de considerações às péssimas condições de trabalho nos apresentou enquanto um recuo das profissionais em não querer indignar-se frente às condições de exploração às quais estão submetidas. A justificativa a tal atitude abrange a característica dominante que o desemprego assumiu no constructo do sistema capitalista atual, rebatendo na força de trabalho assalariada sob a forma de submissão as variantes da precarização.

A ressalva feita quando as entrevistadas não alegaram as péssimas condições a elas disponíveis, ganham forma no momento em que se questionou as dificuldades e desafios postos ao Serviço Social do NASF no contexto de precarização do trabalho. Os argumentos apresentados pelas trabalhadoras apresentam as expressões concretas de que a precarização das condições de trabalho no NASF expressam entraves na realização do processo de trabalho junto às equipes da ESF e aos usuários por elas encaminhados.

Um atendimento de melhor qualidade por causa da falta de estrutura física presente nas Unidades (Entrevistada 4).

Acho que é o transporte, que aqui a gente não dispõe, e temos muitas Unidades para acompanhar (Entrevistada 6).

As condições de trabalho, porque se você não tem um local você vai ter dificuldade pra trabalhar (Entrevistada 9).

As dificuldades centram na questão das estruturas físicas (Entrevistada 10).

Assim, diante das condições e relações de trabalho disponíveis para a realização do processo de trabalho das Assistentes Sociais dos NASF os objetivos e pretensões se confundem com a necessidade imperativa de melhorias e superação de uma lógica que traduz a fragilidade na implantação de uma política de saúde que visa apoiar a ESF, mas sem disponibilizar recursos para tal.

Minha meta era diminuir mais o número de equipes, porque é muita equipe, é muito problema, que você às vezes não consegue solucionar. E isso dificulta inclusive o processo de trabalho, já que os profissionais do PSF estão quase todos doentes, tomando em sua maioria antidepressivo. Tudo isso causado muitas vezes pelo excesso de demanda nas Unidades de Saúde, salários baixos, condições de trabalho, são vários determinantes (Entrevistada 6).

Nesse interim, a pretensão profissional objetiva superar as condicionalidades postas, vislumbrando novas propostas condizentes com os dispositivos normativos de criação do Núcleo, como é o caso do quantitativo de vinculações a equipes, algo que por si só lança a dimensão das demandas a serem atendidas pelos profissionais do NASF.

CONCLUSÃO

São características atuais da organização capitalista do trabalho os modos de gestão e as relações fundadas na precarização, flexibilização e desregulamentação em níveis alarmantes que penalizam o trabalhador ao gerar na sua consciência o medo de perder seu emprego, da perda dos meios necessários para satisfazer suas necessidades básicas e elementares de sobrevivência. Ademais, causam-lhe a angústia de viver apenas e tão somente para o trabalho, aprisionando-se a uma rotina que o exaure.

Enquanto isso, o capital alimenta seu lucro ampliando os mecanismos de extração de mais-trabalho por meio da intensificação na jornada para atender as necessidades da produção sem que, em contrapartida, esse processo corresponda necessariamente ao aumento dos salários.

Com as atuais políticas de gestão da força de trabalho, estimula-se a perda dos direitos e garantias dos trabalhadores conquistados em tempos pretéritos. Porém não é apenas isso, os detentores dos meios de produção criam novas estratégias capazes também de ludibriar os direitos recém conquistados, como no caso da Lei das 30 horas para o Assistente Social.

É nesse contexto de perdas e precarização que se gestam, fundamentalmente, as condições políticas e ideológicas para desestabilizar a resistência dos trabalhadores para defender os direitos adquiridos. Assim, no atual contexto do capitalismo, as estratégias para se extrair superlucros e, sobretudo, em se tratando de uma conjuntura de crise, recorre-se à redução dos custos de produção baseada essencialmente no trabalho vivo, além de flexibilizar as relações contratuais de trabalho.

O Estado atua fundamentalmente para dar sustentabilidade ao quadro atual dessas relações de trabalho para favorecer o modo de dominação capitalista sobre o conjunto dos trabalhadores. Para tanto, age difundindo a ideologia das classes dominantes de tal forma que a integração da classe trabalhadora à produção se dê por meio do consentimento perante as suas condições precarizadas de trabalho.

As funções do Estado, tanto no campo político, quanto no econômico e social, se dão efetivamente, para integrar o trabalhador à estrutura societária do capital afastando, dessa forma, as ameaças que advêm da “(...) intensificação da luta de

classe, da presença da classe operária como força política independente” (IAMAMOTO, 2008, p. 121).

Considerando os elementos específicos referentes ao processo de precarização e flexibilização que destrói o aspecto formal do emprego, devemos salientar que as determinações sociais daí implicadas perpassam o campo profissional do assistente social que, na condição de trabalhador assalariado, vende a sua força de trabalho, uma mercadoria que pressupõe um valor de uso por atender a uma determinada necessidade social e, um valor de troca consubstanciado no salário.

Por esse motivo, o assistente social sofre, na relação que estabelece com os distintos empregadores as tensões e/ou constrangimentos que perpassam a compra e venda de força de trabalho, condicionando seu exercício profissional às relações estabelecidas com aqueles empregadores.

Portanto, a atividade profissional desenvolvida pelo assistente social tem caráter assalariado e como tal,

Implica compra e venda da força de trabalho e a presença do equivalente geral – o dinheiro -, que expressa o valor de troca dessa força de trabalho, corporificado no salário, atestando estar essa atividade profissional inserida no reino do valor na sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2008, p. 215).

Sendo assim, o campo em que se desenvolve a prática do assistente social é tensionado por demandas e necessidades sociais que, analisadas em sua totalidade, revelam os embates entre as classes sociais e seus interesses inconciliáveis.

É na mediação destes embates que se movimenta o Assistente Social cujo trabalho articula-se ao conjunto das expressões da questão social, das quais resultam as lutas e demandas da classe trabalhadora condicionadas às relações de poder que fundam a sociedade capitalista.

Este é o contexto sócio histórico que desqualifica os direitos conquistados pelas classes trabalhadoras. Mas é também o contexto em que o Serviço Social tem operado uma transformação nas suas bases ético-políticas e teórico-metodológicas, comprometidas com um projeto societário hegemonicamente democrático capaz de romper com a concepção burguesa de direito.

Do estudo podemos inferir que se tem buscado construir um projeto democrático que afirme seu compromisso com a universalização dos direitos, um compromisso efetivo com a viabilização dos interesses coletivos. Para tanto, exige-se a compreensão de como as transformações históricas da sociedade, principalmente as referentes ao mundo do trabalho, têm interferido no conteúdo e direcionamento da atividade profissional, nas relações e condições de trabalho os quais estão integrados, vislumbrando como tudo isso pode interferir nas atribuições, competências e requisitos da formação do Assistente Social.

Nessa perspectiva, a formação do Assistente Social deve estar fundada no rigor teórico-metodológico que evita análises empiristas, descritivas da sociedade e da profissão. Assim, um profissional que, mais do que saber fazer, consiga explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos nefastos que a precarização do trabalho impõe aquele cuja sobrevivência se faz pela via da venda de sua força de trabalho.

Por fim, as contradições histórico-sociais que integram o mundo do trabalho não nos permitem conclusões apressadas ou definitivas acerca de possíveis rupturas e novas formas de trabalho ou de relações sociais, pois, dentro de um sistema baseado em relações capitalistas sempre estarão presentes ao lado de novas condições e situações sociais de trabalho, antigas formas e modalidades que se reproduzem e se reconfiguram, num processo contínuo de metamorfose social.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Minas Gerais, ano 1, n. 1, jan/jun, 2002, p. 1-16.

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

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILII, P. (orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas e o Estado Democrático. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 14^a ed. 2010.

_____. **Dimensões da precarização estrutural do trabalho**. Texto acessado na internet pelo link: <<http://pt.scribd.com/doc/99039797/DIMENSOES-DA-PRECARIZACAO-ESTRUTURAL-DO-TRABALHO-Ricardo-Antunes>>. Acesso em: 23 agosto 2011.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2^a ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL. **Elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília, CFESS/CRESS/UFAL, 2005. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 5 julho 2011.

BAHIA, L. A saúde em banho-maria. In: **Os anos Lula**: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010, p. 351-368.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perdas de direito. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: desprecariza SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 32p.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008.

_____. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Brasília, 2010.

BRAGA, R. **A restauração do capital**: um estudo da crise contemporânea. São Paulo: Xamã, 1996.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: PEREIRA, P.A.P.; BRAVO, M.I.S. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2007.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. [et al.], (org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRITO, R.M. **Terceirização e precarização no serviço público gaúcho**: uma análise a partir da reforma do aparelho do Estado. 2009. 72 f. Monografia (graduação em sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

CAMPOS, G.. W. de S. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393–403.

_____. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez. Ano XXVII, n 87, setembro/2006, p. 132-146.

CARDOSO JÚNIOR, J.C. Crise e desregulamentação do trabalho no Brasil. **Revista de Sociologia Tempo Social**. São Paulo, v. 13 (2), novembro, 2001, p. 31-59.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

_____. Esclarecimento sobre a implantação da jornada de 30 horas para Assistentes Sociais sem redução salarial – CFESS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n 105, jan./mar. 2011, p. 185-193.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A.E. [et al.], (org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 304-351.

DELGADO, L.B.; RIBEIRO, L.C. Emprego, desemprego e precariedade do trabalho do Assistente Social. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, 2007, p. 141-151.

DIAS, E. F. **A liberdade (Im)possível na ordem do capital**: reestruturação produtiva e passivização. São Paulo: IFCG/UNICAMP, 1997.

DRUCK, Maria da Graça. **Flexibilização e precarização**: formas contemporâneas de dominação do trabalho, Caderno CRH, Salvador, nº 37, p. 11-22, jul./dez. 2002.

_____. **Principais indicadores da precarização social do trabalho no Brasil** (versão preliminar). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. GRUPO DE TRABALHO SINDICATO, TRABALHO E AÇÕES COLETIVAS, Rio de Janeiro, jul.

2009. Disponível em: <<http://coloquio-sso.blogspot.com.br/2010/04/coloquio.html>>. Acesso em: 23 maio 2012.

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH** (Centro de Recursos Humanos), Salvador, vol. 24, n 1, 2011, p. 37-57.

GIL, A.C. Amostragem na pesquisa social. In: _____. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999, cap. 9, p.99-109.

GOMES, C. M^a. C. A valorização da luta por direitos no serviço social contemporâneo. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Editora Cortez. Ano XXX, n 99, setembro/2009, p. 458-482.

_____. A centralidade do direito na cultura política contemporânea: tendências presentes no Serviço Social. 2007. 275 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GRAMSCI, A. Caderno 22 (1934): Americanismo e Fordismo. In: GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 4. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p. 241-282.

HARVEY, D. **A condição Pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

HOFFMANN, E. O trabalho das Assistentes Sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região norte do Estado do Rio Grande do Sul. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HOLZMANN, L. **A dimensão do trabalho no Brasil no início do século XXI**. In: PICCININI, V. C.; HOLZMANN, L.; KOVÁCS, G.; GUIMARÃES, V. N. (orgs.); CASACA, S. F. [et al] O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea: persistências e inovações. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2006. p. 71-92.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19^a ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KALLEBERG, A. O trabalho precário nos Estados Unidos. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. (orgs.) **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010, p.47-60.

KAMEYAMA, N. Notas introdutórias para a discussão sobre reestruturação produtiva e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (org.) **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 7-22.

LESSA, A.P.G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: UECE, 2003, p. 65-80.

MARX, K. **O Capital**. Tomo 1. Vol. 1. (Os economistas). São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MESZÁRÓS, I. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 27-44.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S. (org.) **Saúde e Serviço Social**. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 97–116.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (org.) **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2010, p. 23-44.

NETTO, J. P. e BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social), v. 1.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n 50. abr.,1996.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez. Ano XXVII, n 87, setembro/2006, p. 147-162.

OLIVEIRA, F. de. **O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público**. Brasília: Novos Estudos, 1988.

_____. **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2008.

OLIVEIRA, T. F. **A inserção do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência do município de João Pessoa**. 2010. 87 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade de Brasília, João Pessoa: CFESS/CRESS, 2010.

PARAÍBA. Lei Complementar nº 59, de 30 de dezembro de 2003. **Diário Oficial do Estado da Paraíba**, Poder Executivo, Paraíba, PB, 01 jan. 2004.

PARAÍBA. Lei Complementar nº 90, de 23 de setembro de 2009. **Diário Oficial do Estado da Paraíba**, Poder Executivo, Paraíba, PB, 24 set. 2009.

PAULANI, L. O papel da força viva de trabalho no processo capitalista de produção: uma análise dos dilemas contemporâneos. **Revista Estudos Econômicos**. São Paulo, v. 31, n. 4, 2001, p. 695-721.

PICCININI, V. C.; OLIVEIRA, S. R. de; RÜBENICH, N. V. **Formal, flexível ou informal?** – reflexões sobre o trabalho no Brasil. In: PICCININI, V. C., [et al] (org.) O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea: persistências e inovações. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2006. P. 93-117.

POCHMANN, M. **O emprego no desenvolvimento da nação**. São Paulo: Boitempo, 2008.

RAICHELIS, R. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n 107, jul./set., 2011, p. 420-437.

SCHLESENER, A. H. Intelectuais e política: observações acerca do transformismo nos escritos de Antônio Gramsci. **Revista Outubro: revista do Instituto de Estudos Socialistas**, n 18, 1º semestre, 2009, p. 199-220.

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

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, K. M. P.; BRAZ, M. C. S. A dimensão educativa do Serviço Social: uma análise da prática do(a) Assistente Social na educação em saúde. **Revista Temporalis**. Brasília: ABEPSS, ano VI, n 11, 2006.

SOUZA, M. A. S. L. O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a Saúde. In: _____ **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 19-42.

TAVARES, M^a. A. Os fios (in)visíveis da produção capitalista: informalidade e precarização do trabalho. – São Paulo: Cortez, 2004.

TRISTÃO, E. L. Práxis humana e subsunção do trabalho ao capital. In: **Anais do IV Seminário do Trabalho: trabalho, economia e educação no século XXI**. UNESP/Marília. De 26 a 30 de maio de 2008. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/6seminariotrabalho.htm> Acesso em: 27 fevereiro 2012.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 45-57.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº da pesquisa: _____

Data: ____/____/____

Pesquisa: O Assistente Social no contexto de precarização da saúde: implicações para uma agenda de direitos no NASF

Nome do Município: _____

Nº de equipes NASF: _____

I - IDENTIFICAÇÃO

1. **Sexo:** 1. ☐ *Feminino* 2. ☐ *Masculino*

2. **Município onde reside:** _____

3. **Idade:** _____

4. **Estado Civil:**

1. ☐ *Solteiro* 2. ☐ *Casado* 3. ☐ *Viúvo* 4. ☐ *Separado* 5. ☐ *Outros:* _____

II - NÍVEL DE INSTRUÇÃO

5. **Em que ano se formou?** _____

5.1. **Qual foi a universidade?** _____

6. **Possui outra graduação?** 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

6.1. **Caso sim, qual:** _____

7. **Pós - graduação:** 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

Especialização (s) ☐ **Identificar:** _____ **Ano** _____

Mestrado (s) ☐ **Identificar:** _____ **Ano** _____

Doutorado(s) ☐ **Identificar:** _____ **Ano** _____

III - SITUAÇÃO FUNCIONAL

8. **Cargo para o qual foi contratado:** _____

9. **Qual a função que exerce?** _____

10. **Jornada de trabalho em contrato:** _____ h/semanal

11. **Jornada de trabalho diária:** _____ h/dia

12. **Trabalha:**

1. ☐ *5 dias por semana* 2. ☐ *1 folga semanal* 3. ☐ *Outro* _____

13. **Você tem conhecimento da Lei 12.317 (Lei das 30 horas)?** 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

13.1. **O município vem cumprindo o que determina essa Lei?** 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

13.2. **Caso não:**

Qual o motivo? _____

A categoria tem se mobilizado contra isso? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

Junto a que órgão (os) _____

14. Vínculo: 1. ☐ *Servidor Público Estatutário* 2. ☐ *Servidor Público Trabalhista*
3. ☐ *Servidor Público Temporário*

14.1. Forma de ingresso: 1. ☐ *Concurso Público* 2. ☐ *Seleção Pública*
3. ☐ *Outro* _____

15. Tempo de serviço:

1. No Município: _____ 2. Na Saúde: _____ 3. No NASF: _____

16. Salário (R\$): 1. ☐ *Menos de 1 s/m* 2. ☐ *1 s/m* 3. ☐ *Mais de 1 até 2 s/m* 4. ☐ *Mais de 2 até 3 s/m* 5. ☐ *Mais de 3 até 4 s/m* 6. ☐ *Mais de 4 até 5 s/m* 7. ☐ *Acima de 5 s/m*

16.1. Possui gratificação: 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

17. Possui outros vínculos empregatícios? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

17.1. Caso sim:

Quais? _____

Em que função? _____

Qual o motivo? 1. ☐ *Complementar a renda* 2. ☐ *Outro* _____

IV - INSERÇÃO NO NASF

18. Está inserido em qual modalidade de NASF:

1. ☐ *NASF 1* 2. ☐ *NASF 2* 3. ☐ *NASF 3*

19. A equipe NASF que você integra está vinculada a quantas equipes Saúde da Família? 1. ☐ *Até 3 ESF* 2. ☐ *Acima de 3 ESF, quantos?* _____

V - ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO DO NASF

20. O NASF dispõe de uma sede própria? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

21. Você dispõe de sala própria para atendimento? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

22. Em sua opinião, as instalações físicas são:

1. ☐ *Ótimas* 2. ☐ *Boas* 3. ☐ *Regulares* 4. ☐ *Ruins* 5. ☐ *Péssimas*

23. Há espaços para atividades coletivas? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

23.1. Caso sim, quais atividades? 1. ☐ *Sala de Espera* 2. ☐ *Oficinas* 3. ☐ *Atividades Educativas* 4. ☐ *Outras* _____

24. Possui equipamentos? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

24.1. No caso de sim, quais? 1. ☐ *Computador* 2. ☐ *Impressora* 3. ☐ *Telefone* 4. ☐ *Fax* 5. ☐ *Transporte* 6. ☐ *Mesas* 7. ☐ *Cadeiras* 8. ☐ *Outros* _____

24.2. Caso não, como desenvolve sua prática com essa limitação de recursos? _____

VI – CAPACITAÇÃO

25. Você já participou de alguma capacitação referente ao NASF? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

25.1. Caso sim: Qual (is) órgão (s) promoveu (ram): _____

26. Em nível de: 1. ☐ *Especialização* 2. ☐ *Aperfeiçoamento* 3. ☐ *Outro* _____

27. A Capacitação vem sendo continuada? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

27. 1. Caso sim, em que periodicidade? 1. ☐ Semestral 2. ☐ Anual 3. ☐ Outro _

28. Destaque, no máximo, três temáticas abordadas nestas capacitações: _____

29. Em que contribuiu para a sua prática? _____

30. Quais os temas para capacitação que você propõe: _____

VII – ATUAÇÃO POLÍTICA

31. Atua ou já atuou em algum movimento social? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

31.1. Caso sim, qual (is)? _____

32. Está inscrito no CRESS? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não, por que? _____

33. É sindicalizado? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não Caso sim, qual (ais)? _____

34. Você conhece os Conselhos de Direito ou de Política existente no município?

1. ☐ Sim 2. ☐ Não Caso sim, qual (ais)? _____

35. Já participou de alguma Conferência de Saúde? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

35.1. Em caso de sim, marcar o nº de vezes que participou nas respectivas Instâncias a seguir: 1. ☐ Municipal (____) 2. ☐ Estadual (____) 3. ☐ Nacional (____)

36. Qual a última Conferência que você participou? _____

VIII – CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE

37. Qual a sua concepção de Saúde? _____

38. Qual a sua concepção de NASF? _____

39. Qual o papel do NASF na Política de Saúde? _____

40. Você conhece o Movimento de Reforma Sanitária? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

41. Para você, qual a maior contribuição desse movimento para a Saúde no Brasil? _____

42. O que você tem a comentar sobre a atual Política de Saúde? _____

IX – PRÁTICA PROFISSIONAL E DIREITO SOCIAL

43. Em que você considera a Constituição de 1988 importante para a prática do Assistente Social? _____

44. Quais das ações são prioritárias na prática profissional do Assistente Social no NASF?

() Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde.

() Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pela ESF.

() Discutir e realizar visitas domiciliares junto às ESF.

() Estimular e acompanhar ações de participação social em conjunto com as ESF.

() Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF.

() Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário.

() Identificar no território valores e normas culturais que contribuam no processo de adoecimento.

() Esclarecimentos a respeito de benefícios socioassistenciais e direitos sociais.

() Outros _____

45. Você recorre em sua prática diária a alguma legislação social específica?

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

45.1. Caso sim, qual (is): 1. ☐ Estatuto do Idoso 2. ☐ Estatuto da Criança e Adolescente 3. ☐ Lei Orgânica da Assistência Social 4. ☐ Outras _____

46. Qual a rotina do atendimento aos usuários? _____

47. Na sua concepção, a rotina de trabalho responde aos interesses e necessidades dos usuários? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

47.1. Caso sim, como identifica isso? _____

48. O que você pretende como Assistente Social do NASF? Quais seus objetivos? Quais suas metas? _____

49. Quais as questões que ferem os direitos sociais você identifica no cotidiano de sua prática? _____

50. Quais as questões que corroboram com o compromisso assumido pelo Assistente Social com os direitos sociais você identifica em sua prática profissional? _____

51. Como você planeja as suas ações? _____

52. Quais as estratégias, instrumentos e técnicas utilizados na prática?

1. ☐ Planos. 2. ☐ Programas. 3. ☐ Projetos. 4. ☐ Pesquisa. 5. ☐ Supervisão. 6. ☐ Entrevistas. 7. ☐ Reuniões. 8. ☐ Acolhimento. 9. ☐ Laudo Social 10. ☐ Estudo Social 11. ☐ Parecer Social 12. ☐

Outros _____

53. Quais as contribuições do Assistente Social no NASF? _____

54. Quais as dificuldades/desafios postos ao Serviço Social do NASF? _____

55. Como ocorre o Apoio Matricial na sua realidade de NASF? _____

56. Existem metas de atendimento à população/profissionais a serem cumpridas pelo Serviço Social? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

56.1. Caso sim, quais são: 1. ☐ Quantitativas 2. ☐ Qualitativas 3. ☐ Outras _____

56.2. Quem faz tal exigência: 1. ☐ Ministério da Saúde 2. ☐ Secretária Estadual de Saúde 3. ☐ Secretária Municipal de Saúde 4. ☐ Outro _____

56.3. Caso não sejam cumpridas, o que ocorre? 1. ☐ Nada 2. ☐ Corte no repasse de verbas federal 3. ☐ Corte no repasse de verbas estadual 4. ☐ Corte no repasse de verbas municipal 5. ☐ Substituição do profissional 6. ☐ Substituição da equipe 7. ☐ Suspensão das atividades do NASF 8. ☐ Outro _____

X – DEMANDAS AO ASSISTENTE SOCIAL DO NASF

57. Quais as principais demandas atendidas pelo Serviço Social do NASF?

1. ☐ De natureza assistencial/emergencial.

2. ☐ *De natureza socioeducativa.*
3. ☐ *Relacionadas ao planejamento, à assessoria e à gestão.*
4. ☐ *Relacionadas à mobilização, à participação e ao controle social.*
5. ☐ *Relacionadas à investigação, à sistematização e à formação.*
6. ☐ *Outra* _____

58. Quais das demandas acima são provenientes da (o):

1. Usuários _____
2. Secretária de Saúde _____
3. Coordenação do NASF _____
4. Equipe Saúde da Família _____

59. Qual a proporção das demandas elencadas na questão anterior para:

1. Usuários: 1. ☐ *Sempre* 2. ☐ *Às vezes* 3. ☐ *Raramente*
2. Secretária de Saúde: 1. ☐ *Sempre* 2. ☐ *Às vezes* 3. ☐ *Raramente*
3. Coordenação do NASF: 1. ☐ *Sempre* 2. ☐ *Às vezes* 3. ☐ *Raramente*
4. Equipe Saúde da Família: 1. ☐ *Sempre* 2. ☐ *Às vezes* 3. ☐ *Raramente*

60. Existe estudo de demanda para delimitar as ações realizadas pelo Serviço Social?

1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

61. O Serviço Social atende a todas as demandas dirigidas a ele? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

61.1. Caso não, qual o motivo?

1. ☐ *Falta de recursos financeiros, humanos e físicos.*
2. ☐ *Não condiz com as atribuições da profissão.*
3. ☐ *Excesso de demanda para os profissionais.*
4. ☐ *Outro* _____

62. Existe excesso de demanda para o Assistente Social do NASF? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

62.1. Caso exista excesso de demanda, qual alternativa é tomada para atender a esse excedente?

1. ☐ *Nenhuma.*
2. ☐ *Prioriza as ações: atende aos mais necessitados.*
3. ☐ *Encaminha para outros serviços da rede.*
4. ☐ *Outro* _____

63. Na sua concepção, existe déficit de Assistentes Sociais para atender a demanda do NASF em que se encontra? 1. ☐ *Sim* 2. ☐ *Não*

63.1. Caso sim, como você compreende esse déficit? _____

64. Gostaria de acrescentar algo a mais que não foi contemplado nas questões e julga importante no estudo?

XII – OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se O Assistente Social no contexto de precarização da saúde: implicações para uma agenda de direitos no NASF e será desenvolvida pela mestrandia Sayonara de Azevedo Gomes Campos, aluna regular da Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora desta universidade, doutora Cláudia Maria Costa Gomes.

A finalidade dessa pesquisa é analisar a prática profissional do Assistente Social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, num contexto de reestruturação produtiva e precarização das relações de trabalho, contraditoriamente direcionada ao compromisso assumido pela profissão com a agenda de direitos.

Para isso, a pesquisa será desenvolvida junto aos profissionais de Serviço Social que atuam na Atenção Básica de Saúde, especificamente nos NASF's que compõem o município de Campina Grande e a região metropolitana da Paraíba. Tal região integra os municípios de Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto, Santa Rita, Alhandra, Caaporã e Pitimbú.

A coleta dos dados será realizada por meio da entrevista semi-estruturada, e posteriormente, os dados serão analisados através da análise de conteúdo e de conjuntura.

É possível que não haja qualquer benefício direto por sua participação nesta pesquisa, entretanto, mesmo o(a) senhor(a) ou outras pessoas poderão ser beneficiados pelos resultados da mesma.

A sua participação na pesquisa é voluntária, colaborando para o estudo acadêmico, portanto o(a) senhor(a) não é obrigado a fornecer as informações requeridas. Caso decida não participar da pesquisa ou resolver em qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano.

Solicita-se sua permissão para que a entrevista seja registrada, como também sua autorização para apresentar os resultados da pesquisa, seu nome será mantido em sigilo. Na execução deste projeto observaremos rigorosamente as normas éticas da pesquisa aplicada aos seres humanos, conforme recomendação da Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial, ao que concerne ao sigilo das informações. Esclarecemos também que a pesquisa encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética do HULW/UFPB, contato: 3216-7302.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____

Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e dou meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar ou constranger.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu Livre Consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador
Sayonara de Azevedo Gomes Campos
sayagcampos@yahoo.com.br
Contato: 9922-2778

ANEXOS



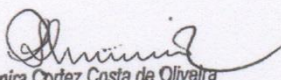
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 22/02/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **O ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA UMA AGENDA DE DIREITOS NO NASF**. Protocolo CEP/HULW nº. 094/2011, Folha de Rosto nº 409574, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE Nº 0038.0.126.000-11, das pesquisadoras *Sayonara de Azevedo Gomes Campos e Cláudia Maria Costa Gomes*.

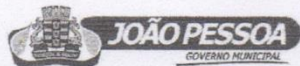
Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 29 de março de 2011.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - comitedeetica@hulw.ufpb.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO IV

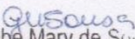
Às Unidades de Saúde da Família do D.S. IV

ENCAMINHAMENTO

Estamos encaminhando a pesquisadora **SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS**, aluna da Universidade Federal da Paraíba, para realização de coleta de dados com os Assistentes Sociais NASFs para pesquisa intitulada **“O ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA UMA AGENDA DE DIREITOS NO NASF”**.

João Pessoa, 6 de abril de 2011.

Atenciosamente.


Glaube Mary de Souza
Diretora Técnica D.S.IV - Colegiado
Matrícula: 24.186 -
Kerle Dayana T. de Lucena
Diretora Geral D. S. IV



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

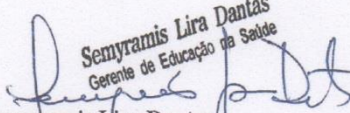
AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 14 de Outubro de 2011.

Estamos autorizando a aluna, **Sayonara de Azevedo Gomes Campos** do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, nível Mestrado Acadêmico, da UFPB para realizar pesquisa sobre o título: **O Assistente Social do Contexto de Precarização da Saúde: Implicações para uma Agenda de Direito no MASF**, sob orientação da **prof. Cláudia Maria Gomes Costa**. A pesquisa só poderá ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética. Certo da importância da parceria ensino-serviço, agradecemos o acolhimento desde já.

OBS: Ficará o aluno e o pesquisador responsáveis pra enviar cópia do produto da pesquisa.

Atenciosamente,


Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na Saúde



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Vimos por meio desta, autorizar a realização da pesquisa titula "**O Assistente Social no Contexto de Precarização da Saúde: Implicações para uma Agenda de Direitos no NASF**", realizada pela estudante do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba Sayonara de Azevedo Gomes Campos sobre a orientação da Professora Claudia Maria Gomes Costa.

Comunicamos que a referida aluna está autorizada por esta Secretaria a realizar a sua pesquisa junto aos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Cabedelo, após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba.

Atenciosamente,

PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO
Elaine Cristina Gomes do Bonfim
Diretora de Educação em Saúde
Matricula 12324-2

Elaine Cristina Gomes do Bonfim
Diretoria de Educação em Saúde
Mat: 12324-2



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Vimos por meio deste, autorizar a realização da pesquisa titula **"O Assistente Social no Contexto de Precarização da Saúde: Implicações para uma agenda de Direitos no NASF"**, realizada pela estudante do Programa Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba Sayonara de Azevedo Gomes Campos.

Comunicamos que a referida aluna está autorizada por esta Secretaria a realizar a sua pesquisa junto aos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município de Mamanguape-Pb.

Maria de Fátima Rodrigues dos Santos
Secretaria de Saúde



Prefeitura Municipal de Conde

Secretaria Municipal de Saúde

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

ENCAMINHAMENTO

Estamos encaminhando a pesquisadora **SAYONARA DE AZEVEDO GOMES CAMPOS**, aluna da Universidade Federal da Paraíba, pra realização de coleta de dados com Assistentes Sociais NASFs para a pesquisa intitulada “**O ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA UMA AGENDA DE DIREITOS NO NASF**”.

João Pessoa, 20 de setembro de 2011.

Atenciosamente,

Nerise Rodrigues Andrade
Farmacêutica
CPF 448 858 574-48
CRF 1885 / PB

Nerise Rodrigues Andrade
Nerise Rodrigues Andrade

Coordenadora NASF Conde