



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ÂNGELA MARIA PEREIRA**

**DESCONFIANDO DO TRIVIAL E DA APARÊNCIA SINGELA:  
Tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família  
em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas**

**JOÃO PESSOA – PB  
2014**

ÂNGELA MARIA PEREIRA

**DESCONFIANDO DO TRIVIAL E DA APARÊNCIA SINGELA:**  
Tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família  
em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Costa Gomes. Área de concentração em Política Social e linha de pesquisa em Relações Sociais e processo de trabalho no mundo contemporâneo.

**JOÃO PESSOA – PB**  
**2014**

*P436d Pereira, Ângela Maria.*

*Desconfiando do trivial e da aparência singela: Tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas./ Ângela Maria Pereira.- João Pessoa, 2014  
160f. : il.*

*Orientadora: Cláudia Maria Costa Gomes*

*Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA*

*1. Serviço social. 2. Relações de trabalho- Estratégia de Saúde da Família 3. Flexibilização. 4. Precarização do trabalho.*

*UFPB/BC*

*CDU: 36(043)*

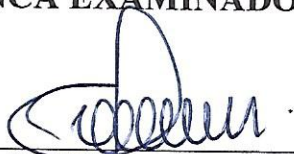
ÂNGELA MARIA PEREIRA

**DESCONFIANDO DO TRIVIAL E DA APARÊNCIA SINGELA:** Tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas

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

Aprovada pela Banca Examinadora em: 08 / 08 / 2014

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria Costa Gomes (Orientadora)  
Departamento de Serviço Social – UFPB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Augusta Tavares (Examinadora Interna)  
Departamento de Serviço Social – UFPB



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Patrícia Barreto Cavalcanti (Examinadora Interna)  
Departamento de Serviço Social – UFPB

*Dedico esse estudo àquelas lutadoras e àqueles lutadores que cotidianamente tentam amenizar o adoecimento e o sofrimento da força de trabalho que move a engrenagem do mundo capitalista e que, não sem dor, também a movimentam, resistindo bravamente.*

## AGRADECIMENTOS

*Gratidão:*

*Às/aos trabalhadoras/es das Unidades de Saúde da Família Integradas Nova Esperança e Nova União, representando as/os demais trabalhadoras/es da Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa, com as/os quais apreendi, na realidade concreta, os dissabores e as alegrias da prática assistencial repleta de contradições e esperanças.*

*Às/aos trabalhadoras/es e às/aos usuárias/os da Coordenadoria de Atendimento a Pessoa com Deficiência Física (CODAFI) na Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD) por manterem viva minha consciência de classe no tempo de afastamento da militância política.*

*À minha fortaleza, minha valiosa família, com os quais aprendi os valores mais sublimes da minha origem de classe - a solidariedade, a honestidade, a generosidade, a integridade e a humildade:*

*A minha amada mãe, Cláudia, que, incondicionalmente, dedicou dias e noites, por horas a fio, aos cuidados e ao trabalho doméstico, em detrimento de sua independência financeira para criar três filhas com muito amor e abnegação. De você, inspira-me a energia vital, a alegria e a resiliência. *Nakupenda!**

*Ao meu amado pai, Edinaldo, que suportou as agruras do mundo do trabalho, afirmando sua resistência à exploração e a opressão, na medida em que corajosamente enfrentava as gerências das Usinas de cana-de-açúcar onde trabalhou, para sustentar três filhas e a companheira com muito amor e dignidade. De você, inspira-me a determinação, a coragem e a persistência porque “a vida precisa seguir”! *Eu te amo!**

*A minha amada irmã, Anamércia, de cuja companhia e carinho compartilho desde os meus primeiros dias de vida. De você, inspira-me a sutileza, a meiguice e a persistência. *¡Viva a la vida!**

*A minha amada irmã, Aldineide, minha relação de “amor em guerra e em paz” em busca de sua identidade. De você, inspira-me a sagacidade, o senso de humor e a criatividade. *Viva a gaiatice!**

*A minha amiga-companheira-irmã de “exílio em mim mesma” e de militância feminista, popular e socialista, Tita, pela cumplicidade, pelo apoio, pelas descobertas intelectuais e existenciais compartilhadas desde a seleção do mestrado. *Força e coragem!**

*A minha amiga- companheira-irmã, Isabelle, exemplo de desprendimento material, de energia vital e muita leveza, pelo elo mantido apesar das distâncias temporais. *¡Fuerza!**

*Às minhas outras inspirações sobre “ser mulher”, minhas companheiras da Marcha Mundial das Mulheres, Veinha, Patrícia, Heloísa, Ana Laura e Socorro. Seguiremos em Marcha até que todas sejamos livres!*

*Ao camarada Assuero Lima, que despreziosamente trouxe companheirismo, afeto, apoio, alegria e leveza aos intensos dias de solidão. Deixa o sol entrar!*

*Às/aos companheiras/os da Consulta Popular, o sujeito coletivo que afirmou em mim desejos da Revolução Brasileira de caráter internacionalista, socialista e feminista.*

*A Professora Vera Amaral (Verinha) In Memoriam, companheira de militância no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra as Privatizações que me incentivou a discutir o tema antes por ela tão bem estudado em sua tese de doutorado. A luta continua!*

*As/aos colegas de turma no mestrado que, em sua diversidade ideológica, ensinaram-me a buscar compreender aspectos do mundo e das suas contradições a partir de algumas elaborações do Serviço Social.*

*À companheira de apoio matricial nas USF Nova União, Mércia, pelos abraços nas horas de desestabilização e de tranquilidade, pela cumplicidade e pelo respeito no trato com as/os trabalhadoras/es mesmo na condição temporária de gestão.*

*Às companheiras Luciana Cantalice, Nívia Pereira, Isabel Dantas e ao companheiro Marcelo Sitcovsky que colaboraram com os nossos encontros preparatórios para a seleção do Mestrado. E aos docentes da pós-graduação.*

*À companheira Cláudia Gomes, minha orientadora, que acreditou na concretização desse trabalho, apesar dos caminhos tortuosos, estimulando-me e exigindo-me o rigor na difícil tarefa de me tornar pesquisadora desde os estudos da Economia Política da Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).*

*Às professoras Maria Augusta Tavares, inspiração como pesquisadora disposta a desvelar às contradições entre o capital e o trabalho para alimentar às resistências e as lutas das/os trabalhadoras/es e Patrícia Barreto Cavalcanti, companheira de trincheiras teóricas no campo da saúde, por aceitarem compor minha banca. Gratidão, antecipada, pelas contribuições sobre o fazer do pesquisador.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo repasse de financiamento em forma de bolsa, via fundo público, advindo das contribuições da sociedade brasileira para a elaboração de conhecimento com relevância social.*

*O capital não tem a menor consideração pela duração da vida ou da saúde do trabalhador, a não ser quando a sociedade o força a respeitá-la.*

Karl Marx

*A dor é inevitável, mas o sofrimento é opcional.*

Carlos Drummond de Andrade



## RESUMO

PEREIRA, Ângela Maria. **DESCONFIANDO DO TRIVIAL E DA APARÊNCIA SINGELA:** tendências da desregulamentação e da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa. João Pessoa, 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), 160 fl. UFPB/PPGSS/CCHLA.

O estudo teve como objetivo analisar as condições e as relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, considerando os rebatimentos das mudanças no mundo do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal do estado brasileiro, bem como as repercussões destas sobre as políticas sociais e a vida dos trabalhadores. Para isso, buscamos identificar e compreender elementos das racionalidades produtivas e político-econômicas estabelecidas por esses fenômenos numa conjuntura de crise capitalista sobre o setor de saúde pública, e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. O objeto de estudo que se apresentou são as expressões da *flexibilização* e da, *consequente, precarização* do trabalho na ESF em João Pessoa (PB). A delimitação do objeto sucedeu do acúmulo obtido em pesquisa realizada como trabalho de conclusão de curso de Especialização em Economia e Desenvolvimento Agrário da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e da Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF). O interesse em pesquisá-lo surgiu, primariamente, da nossa experiência enquanto prestadora de serviço no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a partir da qual se pressupôs a existência de flexibilização e precarização do trabalho na ESF nesse município. A pesquisa se caracterizou por um estudo exploratório de caráter bibliográfico e documental e de abordagem quali-quantitativa, que se deu a partir da análise de dados secundários, extraídos de estudos empíricos sobre a temática, bem como de documentos da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) neste município e dados de sites oficiais do Ministério da Saúde. A perspectiva crítica perpassa o desenvolvimento da pesquisa por se entender que tal possibilita a análise da totalidade da problemática em sua realidade concreta. O estudo apontou elementos que justificam as tendências de flexibilização e, *consequente, precarização* do trabalho neste setor, colocando o desafio àqueles que materializam o trabalho, a entenderem, aprofundarem o estudo, organizarem-se e agirem sobre a realidade de modo a modificá-la.

**Palavras-chave:** Flexibilização; Precarização do Trabalho; Estratégia de Saúde da Família.

## RESUMEN

PEREIRA, Ângela Maria. **DESCONFIANDO DE LA APARIENCIA TRIVIAL Y SIMPLE:** tendencias de *flexibilización* y *precariedad* del trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia en João Pessoa. João Pessoa, 2014 Tesis (Maestría en Trabajo Social), 160 fl. UFPB/PPGSS/CCHLA.

El estudio tiene por objetivo analizar las condiciones y las relaciones de trabajo en la Estratégia de Saúde da Família (ESF) en João Pessoa, considerando los rebatimientos de los cambios en el mundo laboral, discurrientes del proceso de reestructuración productiva y de la contra-reforma neoliberal del estado brasileño, como también las repercusiones de éstas sobre las políticas sociales y la vida de los trabajadores. Para eso, buscará identificar y comprender elementos de las racionalidades productivas y político-económicas establecidas por esos fenómenos en una coyuntura de crisis capitalista sobre el sector de salud pública, y, en especial, en la ESF en João Pessoa (PB). La delimitación del objeto sucede del cúmulo obtenido en una búsqueda realizada como trabajo de conclusión de carrera de Especialización en Economía e Desenvolvimento Agrário da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) y de la Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF). El interés en investigarlo surgió, primeramente, de nuestra experiencia en cuanto prestadora de servicio en el Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por medio de la cual se presupuso la existencia de *flexibilización* y *precariedad* del trabajo en la ESF en ese municipio. La investigación se caracteriza por medio de un estudio exploratorio de carácter bibliográfico, documental y de abordajen cuali-cuantitativa, que se dará a partir del análisis de datos secundarios, extraído de estudios empíricos referente la temática, como también de documentos de la gestión del Sistema Único de Saúde (SUS) en este municipio y datos oficiales. La perspectiva crítica atraviesa el desarrollo de la investigación por comprender que dicha investigación posibilita el análisis de la totalidad de la problemática en su realidad. El análisis apuntó elementos que este sector, instalando el desafío a aquéllos que concretizan el trabajo a comprenderen, profundizaren la investigación, a se organizaren y actuaren acerca de la realidad de modo a cambiarla.

**Palabras-clave:** Flexibilización; Precariedad Laboral; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

PEREIRA, Ângela Maria. **DISTRUSTING THE MOST TRIVIAL AND SIMPLE IN APPEARANCE:** tendencies of deregulation and precariousness at work in the Estratégia de Saúde da Família [Family Health Strategy] in João Pessoa. João Pessoa, 2014. Dissertation (Master degree in Social Work), 160 pages. UFPB/PPGSS/CCHLA.

The study aims to analyze the conditions and labor relations in the FHS in João Pessoa, considering the repercussions of changes in the world of work, resulting from the restructuring process and the neoliberal reform of the Brazilian state, as well as the impact of these on the social policies and at the life of workers. For that, the study will seek to identify and understand elements of productive and the political and economic rationalities established by these phenomena in a context of capitalist crisis on the public health sector, mainly, in particular in the Estratégia de Saúde da Família [Family Health Strategy]. The object of this study which are shown are the expressions of flexibility and precariousness of work in Estratégia de Saúde da Família in João Pessoa (PB). The delimitation of the object happens with the accumulation obtained in research done at the Final Paperwork at the course of Especialização em Economia e Desenvolvimento Agrário [Specialization degree in Economy and Agricultural Development] of Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) [Federal University of Espírito Santo] and of Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) [National School Florestan Fernandes]. The interest in researching it came, at first, from our experience as a service provider in the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) [Support Center for Family Health], from which it is presupposed the existence of flexibility and precariousness of work in the ESF in this municipality. The research is based on bibliographical and documentary exploratory studies and a qualitative and quantitative approach, which will be done by the analysis of secondary data, taken out of empirical studies on the issue, as well as documents of the management of the Sistema Único de Saúde (SUS) [Unified Health System] in this municipality and data from official sites. A critical perspective permeates the development of this research because it is understood that this enables the analysis of the whole problematical matter in its concrete reality. The study finds evidence justifying the tendencies of flexibility and precariousness of work in this sector, putting out the challenge of those who materialize the work itself to understand, to deepen the investigation, to organize and to act against reality in order to modify it.

**Keywords:** Flexibility; Precariousness at work; Estratégia de Saúde da Família [Family Health Strategy].

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos trabalhadores por etnia, no município de João Pessoa/PB, 2010. .....	110
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição do salário base (em salários mínimos) por escolaridade, no município de João Pessoa/PB. ....	118
<b>Gráfico 3</b> - Remuneração dos Profissionais da ESF. João Pessoa (2014). ....	119

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Quantidade de Equipes e Unidades de Saúde de João Pessoa por Distrito Sanitário, 2014. ....	24
<b>Tabela 2</b> - Descrição da cobertura de usuários pela ESF em João Pessoa por anos. ....	<b>Error!</b> <b>Bookmark not defined.</b>
<b>Tabela 3</b> - Quantidade de Equipes e Unidades de Saúde da Atenção Básica de João Pessoa por Distrito Sanitário, 2014. ....	106
<b>Tabela 4</b> - Número de equipes de Atenção Básica conforme caracterização das equipes de acordo com a PNAB (2012). Competência Julho/2014. ....	108
<b>Tabela 5</b> - Perfil dos trabalhadores das equipes de saúde da família (idade, sexo e nível de escolaridade) no município de João Pessoa/PB. ....	109
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos trabalhadores por vínculo empregatício e regime de trabalho por nível de escolaridade no município de João Pessoa-PB. ....	111
<b>Tabela 7</b> - Tipo de vínculo empregatício dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (n=337). João Pessoa (PB), 2009. ....	113
<b>Tabela 8</b> - Quantitativo de profissionais da ESF (efetivos e prestadores), 2014. ....	113
<b>Tabela 9</b> - Referência entre tipos de contrato e forma de usufruto das férias dos trabalhadores da ESF em João Pessoa-PB. ....	117

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABS** - Atenção Básica da Saúde

**ACD** - Auxiliar de Consultório Dentário

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**ANS** - Agência Suplementar de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**ASB** - Auxiliar de Saúde Bucal

**BM** - Banco Mundial

**BIRD** - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

**CAPs** - Caixas de Aposentadoria e Pensões

**CCS** - Centro de Ciências da Saúde

**CF** - Constituição Federal

**CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas

**DAB** - Departamento de Atenção Básica

**DRU** - Desvinculação de Receitas da União

**EACS** - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

**EBSERH** - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**ENFF** - Escola Nacional Florestan Fernandes

**EqSF** - Equipe de Saúde da Família

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**EUA** - Estados Unidos da América

**FEDP** - Fundações Estatais de Direito Privado

**FHC** - Fernando Henrique Cardoso

**FMI** - Fundo Monetário Internacional

**IAPs** - Institutos de Aposentadoria e Pensões

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**IPEA** - Instituto de Pesquisa Aplicada

**LOS** - Lei Orgânica da Saúde

**MARE** - Ministério da Administração e da Reforma do Estado

**MS** - Ministério da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPS** - Organização Panamericana de Saúde

**OS** - Organização Social

**OSCIPs** - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**PAC** - Programa de Aceleração do Crescimento

**PDRE** - Plano Diretor de Reforma do Estado

**PDV** - Programa de Desligamento Voluntário

**PLR** - Participação nos Lucros e Resultados

**PMJP** - Prefeitura Municipal de João Pessoa

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PNADS** - Pesquisa por Amostra de Domicílio

**PROVAB** - Programa de valorização do profissional de Atenção Básica

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RJU** - Regime Jurídico Único

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**SES** - Secretaria Estadual de Saúde

**SESP** - Serviço de Saúde Pública

**SIAB** - Sistema de Informação de Atenção Básica

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUAS** - Sistema Único de Assistência Social

**SUS** - Sistema Único da Saúde

**TSB** - Técnico de Saúde Bucal

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFES** - Universidade Federal do Espírito Santo

**UFPB** - Universidade Federal da Paraíba

**USF** - Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO I - DESVELANDO O TRIVIAL: ALTERAÇÕES NA RELAÇÃO CAPITAL-TRABALHO SOB A INFLUÊNCIA DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E DA CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO .....</b>	<b>29</b>
1.1 A reestruturação produtiva e os impactos sobre a classe trabalhadora. ....	29
1.2 A contrarreforma neoliberal do Estado Brasileiro .....	48
<b>CAPÍTULO II - OS PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA E AS CONSEQUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO NO SETOR SAÚDE. ....</b>	<b>62</b>
2.1 Política de Saúde no Brasil: histórico e disputas. ....	62
2.1.2 Da Reforma Sanitária Brasileira à ofensiva neoliberal e o desmonte contemporâneo. ....	68
2.2 O Processo de trabalho em saúde: inflexões da reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal nas condições e relações de trabalho.....	85
<b>CAPÍTULO III - DESCONFIANDO DA APARÊNCIA SINGELA: TENDÊNCIAS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA NOS MARCOS DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS.....</b>	<b>94</b>
3.1 O Trabalho na Estratégia de Saúde da Família num Contexto de Desregulamentação e Precarização.....	94
3.2 A Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa. ....	104
3.2.1 Tendências do Perfil da Força de Trabalho a Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa. ....	108
3.3 Tendências da Flexibilização e da Precarização do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.....	111
3.3.1 Relações contratuais, formas de ingresso e direitos trabalhistas. ....	111
3.3.2 Remuneração e falta de isonomia salarial.....	118
3.3.3 Organização do trabalho: polivalência/multifuncionalidade e desvios de funções. ....	119
3.3.4 Condições de trabalho.....	124
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>144</b>

## INTRODUÇÃO

A pesquisa que ora se apresenta, intitulada *Desconfiando do trivial e da aparência singela: tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas* apresenta-se como uma proposta de investigação sobre o mundo do trabalho contemporâneo, tendo como objeto de estudo *a precarização de trabalho na Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa (PB) sob influência da flexibilização das relações trabalhistas*. Trata-se, portanto, de investigar elementos da relação capital-trabalho, num contexto de reestruturação produtiva do capital e de contrarreforma neoliberal do Estado, cujos impactos resvalam sobre o trabalho e sua força. Interessa-nos, especificamente, compreender as transformações advindas dessa conjuntura no serviço público de saúde e no trabalho daqueles que compõem a força de trabalho que dá vida a esse setor.

Parafrazeando um trecho da poesia intitulada “Nada é impossível de mudar” do dramaturgo alemão Bertold Brecht<sup>1</sup>, optamos por empregar a expressão “Desconfiando do trivial e da aparência singela” no nosso título. Esta opção se deu por identificarmos na poesia brechtiana uma estética situada nos marcos da perspectiva teórico-metodológica por nós adotada nessa pesquisa, de modo que compreendemos que o processo no qual se materializa a flexibilização e a consequente precarização do trabalho é inerente a ordem socioeconômica vigente, inserido num contexto trivial ao mesmo: de crise capitalista e de complexificação das relações e condições trabalhistas.

A atenção básica da saúde no Brasil, por sua vez, também é classificada como um nível assistencial de baixa complexidade. Essa suposta “baixa complexidade” que soaria com uma característica da singeleza ou da simplicidade deste nível de atenção, em verdade, pode ser questionada pelo enredamento que se verifica na densidade de determinações sociais, políticas e econômicas do processo saúde-doença e que interferem na efetivação dessa Política Pública de saúde.

Nesses termos, o estudo é parte das reflexões sobre as tendências da flexibilização e da consequente precarização do trabalho na saúde, desenvolvido enquanto

---

<sup>1</sup> Eugen Berthold Friedrich Brecht (1898-1956) foi um destacado dramaturgo, poeta e encenador alemão do século XX. Seus trabalhos artísticos e teóricos influenciaram profundamente o teatro contemporâneo, tornando-o mundialmente conhecido a partir das apresentações de sua companhia. Tornou-se marxista ao final dos anos 1920, vivendo o intenso período das mobilizações da República de Weimar, desenvolvendo o seu teatro épico.

trabalho de conclusão do curso da *Especialização em Economia e Desenvolvimento Agrário* da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e da Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF), intitulado *A Flexibilização e a Precarização do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB*. Foram observadas, nesse estudo, algumas tendências dos processos examinados, mediante a análise de pesquisas existentes sobre o tema.

A delimitação dessa problemática advém também da experiência enquanto prestadora de serviço no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>2</sup>, na medida em que notamos indícios destes processos em várias unidades de saúde da família com as quais tivemos contato durante um ano e quatro meses.

Partindo da premissa de que existe precarização do trabalho na ESF no município de João Pessoa, a pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar o quadro de precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família neste município, sob influência da flexibilização das relações trabalhistas e as repercussões sociais destes processos no serviço público, em um contexto da reestruturação do trabalho e contrarreforma do Estado brasileiro.

O fundamento de sustentação teórico-metodológica deste estudo centra-se em apreender da realidade elementos que apontem tendências da precarização do trabalho na ESF, tendo por objetivos específicos investigar o perfil dos profissionais da ESF em João Pessoa, bem como as reais condições e as relações de trabalho. Visou ainda analisar a relação dessas com a reestruturação do trabalho e com a contrarreforma neoliberal nos serviços públicos a partir da identificação e análise de traços característicos da racionalidade da organização do trabalho nesse setor.

Para prosseguir na reflexão desses objetivos de estudo, traçamos algumas questões capazes de nortear a apreensão do real pesquisado, com vistas a esclarecer a problemática central. Assim questionamos:

1) Quais as tendências de perfil dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa? 2) Quais as formas de contratação e situação salarial desses trabalhadores? 3) Quais as condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF)

---

<sup>2</sup> A pesquisadora esteve contratada pelo município de João Pessoa, como prestadora de serviço, fisioterapeuta, integrante do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Distrito Sanitário III, no período de 01 de junho de 2009 a 15 de novembro de 2010, com carga horária de 40 horas semanais. Carga horária superior às 30h semanais recomendadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) determinações da lei Nº 8.856 de 1º de Março de 1994.

em João Pessoa? Quais as modalidades de organização de trabalho identificadas no cenário estudado?

Analisamos, ainda, os condicionantes históricos e socioeconômicos da *flexibilização* e da conseqüente *precarização de trabalho*. A partir dessas questões, buscamos entender as mediações que se dão no mundo do trabalho contemporâneo no tocante ao serviço público de saúde, enfocando a Estratégia de Saúde da Família.

Assim sendo, a pesquisa tem sua relevância social balizada no compromisso com a classe trabalhadora, a qual pertencemos, e com a perspectiva que embasa também a nossa prática profissional no âmbito da saúde, no intuito de acrescentar elementos que auxiliem na compreensão das relações e condições de trabalho no setor da saúde, bem como, alinhar-se com a perspectiva teórico-metodológica que busca a emancipação política e humana das trabalhadoras e dos trabalhadores, negando as desigualdades sociais e a sociabilidade capitalista vigente.

Nesse sentido, compreendemos que analisar as condições e as relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, considerando o entendimento das mudanças no mundo do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal e as repercussões destas sobre a vida dos trabalhadores e sobre as políticas sociais, é importante para oferecer subsídios teórico-metodológicos para o aprofundamento do tema, direcionados à academia, bem como aos movimentos sociais, aos partidos políticos e aos trabalhadores em geral sobre as condições reais para efetivação da Política de Saúde e para a construção das políticas sociais que atendam às demandas históricas dos trabalhadores.

Neste estudo, demos significativa atenção aos temas da reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal do Estado, explorando os conceitos de *flexibilização e precarização do trabalho*, por compreendermos que estes processos contemporâneos foram e, ainda o são, condicionantes fundantes, num contínuo, da complexificação das condições e relações de trabalho atuais em todo o mundo.

Nesses termos, a pesquisa que se realizou se caracteriza como um estudo de caso, ou seja, “pesquisa que se concentra no estudo de um caso particular, considerado representativo de um conjunto de casos análogos” (SEVERINO, 2007, p. 121). Sendo um estudo de caráter exploratório, busca “levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações desse

objeto” (Ibidem, p. 123), com abordagem quali-quantitativa se delimita na perspectiva crítica, buscando apreender a totalidade da problemática e oferecer elementos a partir da análise da realidade para as mudanças necessárias no contexto da saúde.

Assim, para a trajetória de apreensão teórico-metodológica do objeto de estudo, estabeleceu-se como mediação, a pesquisa bibliográfica e documental de referenciais capazes de auxiliar em tal compreensão. As pesquisas bibliográfica e documental aconteceram do período de junho de 2012 a julho de 2014.

O percurso metodológico a fim de apreender este objeto partiu da realização de levantamento de fontes e documentos relativos à pesquisa bibliográfica e documental que subsidiaram a análise do tema. Ou seja, utilizamos

dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. [...] O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores analíticos constantes dos textos [...] tem como fontes documentos no sentido amplo, ou seja, não só documentos impressos, mas, sobretudo, de outros tipos de documentos. (Ibidem, p. 122).

Deste modo, utilizamos leitura, fichamentos de referenciais teóricos propostos pela orientadora, bem como pesquisados pela própria autora com o intuito de obter uma compreensão da realidade, baseada na perspectiva crítica que busca uma apreensão real dos fatos, ou seja, além do aparente, investigando a essência dos objetos através de aproximações sucessivas da realidade para apreensão da totalidade.

Os textos estudados foram trabalhados ao longo de algumas disciplinas da pós-graduação a partir dos quais resultaram em artigos científicos ou resumos inscritos em seminários e congressos da área do Serviço Social e da Sociologia do trabalho.

Para melhor apropriação dos conteúdos, utilizamos de fichamentos, que segundo Magalhães Filho,

É uma forma de investigação que se caracteriza pelo ato de fichar (registrar) todo material necessário à compreensão de um texto ou tema [...] Podemos então afirmar que fichamento é um recurso didático utilizado por estudantes/pesquisadores na construção do seu próprio conhecimento (s/d)<sup>3</sup>.

Também de acordo com o autor existem quatro tipos de fichamento: o bibliográfico, de citação, de resumo e de opinião. Nesta pesquisa utilizamos o fichamento de

---

<sup>3</sup> Citação retirada do texto de MAGALHÃES FILHO, J. R. **Como fazer fichamentos de textos acadêmicos**. Disponível em: <http://www.jrmf.prof.br/fichamento.pps>. Acesso em: 07 jan. 2012.

citação que consiste na transcrição fiel das partes mais importantes e/ou as que mais esclarecem o tema proposto e, em alguns momentos, o de resumo, que se presta a resumir o conteúdo de um texto usando palavras de quem o resume. Os fichamentos realizados foram registrados em formato digital de modo a estar disponível para posterior redação desta dissertação em computador.

Num primeiro momento da pesquisa, ou seja, o da pesquisa bibliográfica, as leituras e fichamentos estiveram voltados para o estudo de temas específicos, tais como crise capitalista, reestruturação produtiva, contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, histórico da Política Pública de saúde brasileira, em especial da Estratégia de Saúde da Família, buscando obter um aporte teórico que nos permitisse fazer uma incursão no histórico de mudanças no mundo do trabalho no mundo e no Brasil, considerando o período mais intenso da contrarreforma neoliberal no Brasil, bem como compreendermos os impactos dessa contrarreforma nos serviços públicos de saúde.

A fase inicial da pesquisa – que teve como principal objetivo o aprendizado teórico – nos permitiu perceber a importância de estudar os conceitos para entendermos a realidade sem nos determos com os aspectos aparentes dos mesmos, assim como compreendermos no que de fato consiste em o trabalho de um pesquisador: buscar a essência dos fenômenos que nos aparece de forma superficial.

No segundo momento, ainda na pesquisa bibliográfica dedicamo-nos ao objetivo de identificar e analisar os traços característicos dos padrões produtivos no processo de trabalho da ESF e as repercussões da reestruturação produtiva e da contrarreforma do Estado Brasileiro sobre as condições e as relações de trabalho na ESF em João Pessoa. Para tal feito, utilizamos de leituras sobre a organização do trabalho e sobre a precarização do trabalho no setor público de saúde, em especial na ESF.

No terceiro momento, ou seja, o da pesquisa documental, realizamos uma leitura do tipo exploratória, isto é, “uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo” (SALVADOR, 1986; *apud* LIMA; MIOTO, 2007, p. 41) nos documentos obtidos na SMS de onde extraímos informações relativas às relações contratuais e remuneração dos trabalhadores referentes ao ano de 2014.

Enquanto um estudo de caso, a delimitação do universo da pesquisa abrangeu o município de João Pessoa<sup>4</sup>. A escolha por João Pessoa, como já foi mencionado, deu-se por termos vivenciado a prática profissional no NASF nesse município, o que despontou o interesse de compreender a realidade de trabalho na ESF. Além disso, João Pessoa é uma capital na qual a implantação dessa Política Pública se deu há pelo menos vinte anos, o que nos possibilitou acessar elementos que contribuíram com a nossa análise sobre as tendências da precarização do trabalho nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas no setor público.

Na realidade de João Pessoa, os profissionais que compõe as equipes da ESF são distribuídos em 182 equipes de saúde da família implantadas até o ano de 2014. Estas, por sua vez, estão distribuídas em cinco distritos sanitários, conforme tabela a seguir:

---

<sup>4</sup> No percurso de aproximação do objeto de estudo, propusemo-nos a realizar uma pesquisa empírica, com a finalidade de obter dados primários da realidade, através uma amostra probabilística significativa, que nos daria condições de afirmar algumas conclusões de forma mais fidedigna. Iniciamos todo o processo metodológico de delimitação de amostra com auxílio de uma profissional estatística, com a qual definimos uma amostra aleatória de equipes de saúde da família a serem entrevistada, bem como elaboramos todo o instrumental necessário para pesquisa em campo. Incorporamos, ainda, nosso projeto à Plataforma Brasil e demos entrada em documentação no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde. Demos entrada no setor de gerência de Educação em Saúde da SMS/JP, para adquirir o termo de anuência - etapa necessária para os trâmites no comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS), todavia, diante de algumas dificuldades nesse percurso e o andamento do processo no comitê de ética referido, tivemos que abdicar da pesquisa de campo, escolhendo outra base de dados. A amostra delimitada de conformidade com a significância probabilística necessária era de cento e quarenta e quatro profissionais de saúde dentre os quais estavam enfermeiras (os), técnicas(os) de enfermagem, médicas(os) e agentes comunitárias(os) de saúde distribuídos em cinco distritos sanitários. Diante do tamanho considerável de profissionais a serem questionados, da falta de uma equipe de pesquisa que desse suporte à pesquisa empírica e do atraso no trâmite interno do Comitê de Ética do CCS da UFPB, optamos por realizar uma pesquisa com base em dados secundários, tomando como referência dados extraídos da pesquisa de Costa (2010) e de Albuquerque (2011).

**Tabela 1** - Quantidade de Equipes e Unidades de Saúde de João Pessoa por Distrito Sanitário, 2014.

<b>Distrito</b>	<b>ESF</b>	<b>USF</b>
<b>I</b>	46	26
<b>II</b>	39	20
<b>III</b>	53	26
<b>IV</b>	26	16
<b>V</b>	18	13
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>101</b>

Fonte: Informações extraídas do setor de geoprocessamento da Secretaria de Saúde de João Pessoa (SMS/JP, 2014).

Considerando que em João Pessoa existem 180 ESF's implantados até o ano de 2009, segundo dados fornecidos pela SMS, o número de equipes a ser investigada, justifica a delimitação da amostra probabilística estratificada da pesquisa de Albuquerque (2011), recortando-se um quantitativo de 337 profissionais das EqSF (Médicos, Dentistas, Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem, Auxiliar de consultório dentário e Agentes comunitários de saúde) ou 16% do total de 2095 profissionais que compunham o quadro profissional que atuava no município até o ano de 2009. Além disso, foram usados dados extraídos de documentos da Prefeitura Municipal de João Pessoa (2009) e do estudo de caso de Costa (2010) obtidos em entrevista com duas equipes de ESF de um bairro de João Pessoa. Uma proporção considerada adequada para um estudo de caso e que seja capaz de representar a realidade para esse estudo.

Ambos as pesquisas respeitaram as exigências bioéticas de estudo com seres humanos tendo sido submetidas a Comitês de Ética e Pesquisa da UFPB, de modo que nesta pesquisa foram respeitados o anonimato dos entrevistados e o sigilo de informações.

Obtivemos ainda dados referentes ao ano 2009 no relatório de gestão do Distrito Sanitário III e dados de 2014, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deste município, por meio de contato previamente estabelecido com os responsáveis pela gerência do trabalho e com termo de anuência em mãos obtido após entrada de documentação nesta instituição (vide documentação em anexo). Outros dados também foram adquiridos nos sites oficiais na



internet vinculados ao Ministério da Saúde (MS) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para ilustrar informações a respeito do quantitativo de Equipes de Saúde da Família e população do município referido.

Nesse caso, a base temporal dos dados secundários obtidos encontra-se nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2014, o que nos deu condições de analisar o cenário com informações atualizadas. Então, na exposição organizamos esses dados secundários em tabelas e gráficos ao longo dessa dissertação.

Com essas prerrogativas teórico-metodológicas, organizamos a dissertação em três capítulos.

No primeiro capítulo, *desvelando o trivial: alterações na relação capital-trabalho sob influência da reestruturação produtiva e da contrarreforma do estado brasileiro* discorreremos sobre as formas de organização do trabalho e as transformações que se deram, principalmente, no pós-crise do capital dos anos 1970, de modo a historicizá-las, tomando como conceitos centrais que foram apreendidos a *flexibilização* e a *precarização do trabalho*.

Nele, apresentamos a compreensão de que o sistema capitalista desde sua gênese tem passado por mudanças que dizem respeito a sua própria dinâmica contraditória e às crises que lhes são inerentes.

Nas últimas décadas do século passado, essas mudanças se acentuaram, significativamente, expressando-se no mundo do trabalho através do novo complexo da reestruturação produtiva e das contrarreformas neoliberais do Estado que resultaram na desregulamentação, flexibilização e precarização das relações e das condições de trabalho, nos diversos setores da produção e reprodução do capital em todo o mundo.

No Brasil, não só as peculiaridades da formação histórica, social e econômica, como também a posição deste na divisão social e internacional do trabalho, lançam traços característicos específicos à nossa realidade, desafiando-nos a compreendê-la, analisá-la e atuar sobre a mesma.

Embora a precariedade, seja um elemento constitutivo das condições de vida e de trabalho dentro da ordem estabelecida, essa foi ressaltada significativamente com a instituição da racionalidade do modo de produção capitalista nas fábricas pós-revolução industrial e, posteriormente, estendida a outros setores, de modo a aumentar a acumulação capitalista.

Notamos, então, que acuada pelas intensas jornadas de trabalho em condições degradantes, a classe trabalhadora se organiza e, exige direitos trabalhistas e políticas sociais que enfrentem as manifestações imediatas da “questão social”.

Leia-se aqui, a “questão social<sup>5</sup>” enquanto expressão forjada historicamente para contemplar as consequências da industrialização em sua fase inicial, contemporaneamente referida às relações contraditórias entre o capital e o trabalho, reguladas por meio da ação estatal.

Urge, então, por parte dos capitalistas, a necessidade de contrarreformar a racionalidade produtiva bem como, introduzir discursos apropriados da classe trabalhadora, mistificando a realidade, para acalmar as tensões sociais e continuar ampliando a acumulação capitalista num cenário de crise.

Assim, caberia investir num novo regime de acumulação capitalista fundamentado na “flexibilização dos mercados de trabalho, das relações de trabalho, dos mercados de consumo, das barreiras comerciais, do controle da iniciativa privada pelo Estado [...]”. (PINTO, 2007, p. 40).

Ainda no primeiro capítulo, abordaremos como essas mudanças, associadas à contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, atingiram sobremaneira os trabalhadores, no tocante à legislação trabalhista e as relações e condições de trabalho.

Coube-se, portanto, promover uma reestruturação produtiva que fora acompanhada da intervenção estatal numa perspectiva ideológica destruidora dos laços consistentes de solidariedade entre trabalhadores e de mudanças no arcabouço jurídico da legislação regulamentadora do trabalho.

Nesse sentido, organismos fomentadores da lógica neoliberal interferem na condução da economia e da política estatal de muitos países, ao fornecerem empréstimos a altos juros, e os condicionando às mudanças por eles denominadas de reformas (palavra apropriada do vocabulário da classe trabalhadora). O receituário das reformas é apresentado em forma de relatórios de pesquisas que sustentam o argumento do mau uso do dinheiro público e a conseqüente necessidade de realização de medidas de austeridade fiscal para garantir o pagamento da dívida externa.

Em suma, trata-se de uma trama bem planejada para amarrar as forças resistentes à ofensiva do capital e aprisionar os países receptores dos recursos de modo a garantir a permanência do *modus operandis* do imperialismo capitalista.

Nesse sentido, aqui foram concebidas e materializadas uma série de medidas que visaram à desestabilização dos direitos trabalhistas, pela flexibilização da legislação com a

---

<sup>5</sup> Vide o texto “Cinco notas a propósito da ‘questão social’” de José de Paulo Netto, extraído do livro “Capitalismo Monopolista e Serviço Social” (São Paulo, Cortez, 1992, p. 151).

consequente precarização das condições e relações trabalhistas e fragilização, heterogeneização e fragmentação da classe trabalhadora, bem como a capitulação pelo medo.

Por sua vez, no segundo capítulo, nomeado “*Os projetos de saúde em disputa e as consequências sobre o trabalho no setor saúde*” seguimos fazendo um resgate histórico da gênese da atuação estatal na saúde pública no Brasil, de modo a identificar as disputas político-ideológicas, residentes nas propostas estatais, bem como, na intervenção privada na assistência a saúde.

Nessa perspectiva, analisamos, ainda, as contradições impostas ao processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), às inflexões do avanço do projeto de saúde privatista e os impactos deste nas políticas de saúde. Nessa discussão, incorporamos a análise dos traços característicos das racionalidades produtivas no campo da saúde, como também dos desdobramentos da contrarreforma administrativa nas condições de trabalho e relações contratuais dos servidores públicos. Portanto, veremos como tais consequências espalharam-se no Setor de Serviços e, em especial, naquele que nos interessa estudar, o setor da saúde pública.

Coube-nos, então, investigar como a reestruturação produtiva e a contrarreforma neoliberal atingem este setor, interferindo na implementação de políticas sociais universalistas conquistadas no processo de redemocratização brasileira. E, em especial, identificar e analisar as repercussões sociais destes processos nas condições e relações de trabalho na ESF no município de João Pessoa.

Seguindo, apresentaremos os dados de realidade, no terceiro capítulo, intitulado, “*Desconfiando da aparência singela: tendências da precarização do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas*”, abordando os elementos da constituição da ESF no município de João Pessoa. Posteriormente, passaremos a estudar o processo de trabalho, identificando aspectos decorrentes da reestruturação produtiva e da contrarreforma no setor saúde.

A partir daí, identificamos através de dados secundários aspectos que sinalizam tendências de flexibilização e da consequente precarização do trabalho na ESF em João Pessoa no que se refere aos vínculos empregatícios, às remunerações e à isonomia salariais, à organização e às condições de trabalho.

Notamos que, a ESF tem sido apontada pelos últimos governos do Brasil como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde. A implementação dela,

todavia, acontece num período de mudanças conjunturais e estruturais do trabalho no mundo e no Brasil, que repercutiram na atuação do Estado brasileiro frente às manifestações da “questão social”.

Como integrante das políticas sociais do Estado brasileiro, a Política de Saúde pública expressa as contradições do sistema capitalista e da reforma de Estado, que repercutem nas condições de trabalho e de vida daqueles que materializam o processo de trabalho nos serviços públicos de saúde. Podemos dizer que, para Silva (2006), as transformações do trabalho no serviço público alteram significativamente as condições, o conteúdo e o caráter do trabalho para aqueles que trabalham na máquina estatal.

Assim, os trabalhadores de saúde e, especificamente, os da Estratégia de Saúde da Família têm, no cotidiano de suas atividades laborais, sofrido com as consequências das mudanças na forma de o Estado brasileiro lidar com os servidores públicos. Como menciona a autora, “São trabalhadores não concursados, sem estabilidade no emprego, sem direito a férias, ao décimo terceiro salário, com salários por produtividade, sem vínculo com o Município” (Ibdem, p. 30). Assim se verifica uma acentuada flexibilização e precarização de trabalho no tocante às condições para realização do mesmo, bem como nas relações estabelecidas.

Por fim, tecemos algumas considerações finais que apontam tendências do processo de desregulamentação e precarização do trabalho na ESF em João Pessoa, como também reflexões provenientes do processo de pesquisa.

## CAPÍTULO I

### **DESVELANDO O TRIVIAL: Alterações na relação capital-trabalho sob a influência da reestruturação produtiva e da contrarreforma do estado brasileiro**

*A socialização da sociedade não pode ser realizada em toda sua amplitude senão por uma luta tenaz, infatigável da massa operária em todos os pontos onde o trabalho enfrenta o capital, onde o povo e a dominação de classe da burguesia se encaram, olhos nos olhos. A libertação da classe operária deve ser obra da própria classe operária.*

*Rosa Luxemburgo*

#### **1.1 A reestruturação produtiva e os impactos sobre a classe trabalhadora.**

É própria do desenvolvimento capitalista-industrial a ocorrência de intensos processos de reestruturação produtiva que interferem na organização do trabalho.

Partindo dessa afirmação e inspirados pela poesia de Bertold Brecht “Nada é impossível de Mudar” convidamo-nos ao propósito de desvelar a trivialidade, isto é, a realidade comum e aparente que é apresentada no cotidiano das nossas vidas, em especial, no mundo do trabalho sem que, em geral, nos coloquemos a analisá-la para além da aparência imediata.

Nessa perspectiva, propusemo-nos a compreender como se deu a mais recente reestruturação produtiva<sup>6</sup>. Antes disso, entretanto, fez-nos necessário recorrer à história, levantando os traços característicos de formas de organização do trabalho no capitalismo, bem como as transformações que foram se materializando. Isto nos possibilitará verificar, seguidamente, como as mudanças decorrentes da reestruturação produtiva mais recente incidiram na classe trabalhadora, afetando as condições de trabalho desta.

Cabe-nos antes uma pausa para justificarmos o emprego do conceito de classe trabalhadora na nossa pesquisa, considerando a perspectiva da tradição marxista. Ferraz delimita que:

---

<sup>6</sup> Referimo-nos aqui a reestruturação produtiva que ocorrera a partir da década de 1970.

Os marxistas tradicionais entendem que o capitalismo monopolista, ao intensificar controle das dimensões produtiva e improdutivas da reprodução ampliada do capital, transforma a classe operária todos os trabalhadores direta (trabalho produtivo) ou indiretamente (trabalho improdutivo) envolvidos na produção de mais-valia. Nessa perspectiva economicista, até mesmo os engenheiros fazem parte da classe operária, o que leva ao limite a tese de que não é a ligação direta com os meios de produção que determina o pertencimento à classe operária, mas o assalariamento. (2009, p. 281-2).

Ao fazermos essa opção teórica, concordamos com a compreensão que diante das várias mudanças na conformação do mundo trabalho na atualidade, os trabalhadores independentemente da posição frente ao processo produtivo incorporam-se no que se denomina classe trabalhadora. Compreendemos, assim, além de todo o debate teórico que circunscreve os trabalhadores da saúde como produtivos ou improdutivo, estes por serem assalariados também integram a classe trabalhadora em sua acepção mais ampla.

Feito isso, seguimos discorrendo sobre o processo de organização do trabalho de modo a compreendermos adiante os impactos dessa morfologia do trabalho na realidade dos trabalhadores da saúde, especialmente aqueles vinculados a ESF.

Com o desenvolvimento da humanidade, o trabalho como forma de intervenção do ser humano na natureza com o objetivo de garantir a sobrevivência foi sendo aperfeiçoado e, na medida em que vai se aprimorando, o mesmo permite a homens e mulheres assumirem novas funções sociais. Ao construir o mundo objetivo, o indivíduo igualmente se constrói. Ao transformar a natureza, os homens e as mulheres também se modificam, pois adquirem sempre novos conhecimentos e habilidades. É, portanto, através do trabalho que o ser humano modifica a si mesmo, constrói a base material da sociedade, transformando-a e constituindo relações e classes sociais. (LESSA, 2008)

De acordo com Pinto (2007), podemos dizer que o trabalho se mantém atualmente como o fundamento da sobrevivência humana, mas ele passou a assumir novos papéis que contribuíram para fortalecer a cultura de povos na formação das classes sociais que compõem a sociedade e de onde se formam a identidade dos seus componentes.

O trabalho precisou ser organizado através da divisão de tarefas, entretanto, essa necessidade veio a se intensificar após as primeiras revoluções do século XVIII. A partir daí, a organização do trabalho precisou se transformar em objeto de estudo para capitalistas e trabalhadores, sendo que para os primeiros servia para aumentar a produção e controlar social, econômica e politicamente a força de trabalho com o objetivo de manter em funcionamento o

sistema de acumulação de capital, enquanto que para o segundo, significava a busca por garantir conhecimento técnico a fim de assegurar a subsistência e o acesso a direitos básicos.

Como descreve o autor, o trabalho antes cabia aos artífices em todo processo produtivo e organizativo, seja este desenvolvido individual ou coletivamente. Ulteriormente, com o aprimoramento do comércio e instituições necessárias a ele, por requisição do crescimento dos mercados em todo o mundo, ampliaram-se as exigências com qualidade e prazos. Assim, os capitalistas empregadores identificaram a necessidade de desenvolver o conhecimento técnico referente à produção, no tocante ao planejamento, controle e execução das atividades, expandindo a divisão social e técnica do trabalho.

Aos trabalhadores se incumbiram as responsabilidades de especializarem-se na execução do processo produtivo, enquanto que para os empregadores coubera o planejamento e a coordenação da execução. Em verdade, a organização do trabalho assume uma função de controle da classe trabalhadora por parte da burguesia, servindo muito mais aos capitalistas do que propriamente aos trabalhadores, visto que a mesma permite a intensificação do trabalho e maior extração da mais-valia, como veremos posteriormente.

Nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, com o crescimento da acumulação, novos ramos de produção são criados pelos capitalistas. O montante de recursos destinados à ampliação do número das indústrias também aumenta, visando maior acumulação. Nesse período, inicia-se a formação dos monopólios e oligopólios.

[...] a industrialização, como atividade econômica básica do desenvolvimento capitalista, tal como a conhecemos hoje (ligada a toda uma gama de outras esferas como a pesquisa científica voltada ao desenvolvimento tecnológico e à inovação industrial), e suas diversas especializações (siderurgia, metalurgia, química, telecomunicações, etc.), consolidou-se somente a partir das últimas décadas do século 19. A partir de então, a acumulação crescente de bens e capitais em posse do empresariado faz surgir outros ramos, dentre os quais as primeiras formas de financiamento de grandes investimentos na indústria, visando ampliar a sua escala de produção, processo que resultou nos grandes monopólios e oligopólios transnacionais existentes atualmente em vários setores. (PINTO, 2007, p. 16).

Nesta direção, é característica do desenvolvimento do capitalismo a evolução para a concentração de capital produtivo. Em função de se ampliar os lucros, cada vez mais os grandes capitalistas apostam na integração entre empresas, uma vez que esta diminui a capacidade de ganho das corporações intermediárias e acaba com a concorrência entre elas. O uso de técnicas mais elaboradas pelas grandes empresas (integradas) esmaga cada vez mais a

possibilidade de crescimento das pequenas empresas. Dá-se, então, a substituição da livre concorrência pela formação de monopólios. Esse cenário condiciona a busca por estratégias de crescimento, como, por exemplo, a diminuição dos gastos com o processo produtivo e com as matérias primas e intermediárias.

Segundo Lenin, Marx demonstra, a partir do estudo histórico do capitalismo, elementos que mais tarde contribuiriam para compreender a passagem para o estágio do capitalismo-imperialismo, o surgimento de monopólios.

Há meio século, quando Marx escrevia o seu *O Capital*, a livre concorrência aparecia à imensa maioria dos economistas como uma “lei da natureza”. A ciência oficial tentou aniquilar, pela conspiração do silêncio, a obra de Marx, a qual demonstrava, através de uma análise teórica e histórica do capitalismo, que a livre concorrência gera a concentração da produção, a qual atingindo um certo grau de desenvolvimento, conduz ao monopólio. Atualmente o monopólio se tornou um fato. (LENIN, 1985, p. 20).

No século XX, as inovações fordistas e tayloristas marcaram a reestruturação produtiva que nos interessa explorar nesse capítulo e que fora responsável pelas grandes mudanças na morfologia do mundo do trabalho.

A morfologia da produção de mercadorias passou por alterações sócio-organizacionais intensas, porém de forma lenta, desigual e combinada. Atualmente, o toyotismo é apenas mais um elemento que compõe o processo de racionalização da produção capitalista, iniciado pelo fordismo-taylorismo, ressaltando-se suas peculiaridades e o momento histórico em que surge (ALVES, 2007).

Especificamente no período entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX, formaram-se as bases para os principais modos de racionalização do trabalho que prevalecem atualmente, em maior ou menor proporção, integrados ou não, sendo eles o fordismo, o taylorismo e, seguidamente, o toyotismo. Sobre os quais discorreremos adiante.

Um estadunidense chamado Henry Ford (1862-1947), desde jovem era interessado em mecânica e começou a trabalhar em uma oficina da sua cidade, onde desenvolveu várias invenções. Ao se destacar foi contratado pela companhia *Westinghouse* que fabricava veículos movidos a vapor. Em 1885, com mais experiência e conhecimento foi trabalhar nas oficinas de *Eagle Motor Works* com objetivo de estudar com mais afinco os motores à explosão. No ano de 1903, cria uma empresa que recebera o nome dele e dez anos depois, ainda como proprietário e diretor geral desta companhia, torna-se responsável pela



proposta de uma nova organização na produção e no trabalho, cuja principal característica era a padronização dos produtos e a existência de linhas de produção em alta escala (em massa) e com preços relativamente baixos. Essa nova organização da produção, posteriormente, seria nomeada de *fordismo*. (PINTO, 2007; GOUNET, 1999).

Compete observar que o fundamento dessa nova organização era a padronização dos produtos, fabricados em alta escala, sendo centenas ou milhares por dia, com custos de produção reduzidos e regulados a partir do consumo. Proporcionava-se, então, a elevação da renda de acordo com o aumento das vendas e dos lucros.

Considerando o imperativo de vencer a concorrência e conquistar hegemonia nos mercados de automóveis, Ford intervém no plano organizacional, exigindo mais adesão dos operários e interferindo, inclusive, na subjetividade dos mesmos. De acordo com Gramsci (2000), na obra “Americanismo e fordismo”, a racionalização desenvolvida definiu a necessidade de formar um “novo tipo humano” que estivesse adaptado psicofisicamente ao novo tipo de trabalho e de processo produtivo.

Não por acaso, o fordismo interveio, inclusive, na vida privada dos operários para alcançar altos índices de produção de uma economia programática, ação chamada por Gramsci como “a questão sexual”. Tratava-se de reprimir, inclusive, os instintos sexuais, as contradições e as perversões a eles inerentes, de modo a regulamentar os desejos sexuais, associando-os as normas de ordem religiosas puritanas e protestantes. Tais ações se tratavam de mecanismos para disciplinarização da força de trabalho para aumentar a acumulação de capital, valendo-se de repressão, capitulação e agregação.

Nesse sentido, Braverman, afirma que:

[...] a transformação da humanidade trabalhadora em uma ‘força de trabalho’ é um processo incessante e interminável. A condição é repugnante para as vítimas, seja qual for o seu salário, porque viola as condições humanas do trabalho; e uma vez que os trabalhadores não são destruídos como seres humanos, suas faculdades críticas, inteligentes e conceptuais permanecem sempre, em algum grau, uma ameaça ao capital, por mais enfraquecidas ou diminuídas que sejam. (1974, p. 125).

Muito além das mudanças de logística do processo produtivo, investiu-se no controle da subjetividade dos operários, diante das ameaças das revoltas dos mesmos contra as péssimas condições e as jornadas de trabalho estafantes.

As condições de trabalho nas fábricas desse período eram incrivelmente péssimas: tratavam-se de galpões escuros, sujos e muito mal ventilados, abarrotados de máquinas ruidosas e sem qualquer dispositivo de segurança,

nas quais trabalhavam homens, mulheres e crianças em pé todo o tempo, o que lhes causava todos os tipos de deformações nas articulações e na coluna vertebral, especialmente nas crianças e adolescentes. Não eram raros os desmaios, convulsões e mortes súbitas durante o trabalho. (PINTO, 2007, p. 17).

Na perspectiva de estudar a organização de trabalho e propor uma forma de intervenção no aparato do mesmo em fábricas, outro estadunidense chamado Frederick Taylor (1856-1915), destacou-se. Taylor, de família rica, abandonou os estudos pré-universitários, para inserir-se como aprendiz numa fábrica metalúrgica de conhecidos de sua família (Ibidem, 2007).

Com uma personalidade obsessivo-compulsiva, tentava controlar tudo, inclusive, medir, por exemplo, os seus próprios passos e o tempo de algumas de suas atividades, de modo a buscar mais “eficiência”. Com esse objetivo, Taylor passou a realizar o estudo do tempo, isto é, o dimensionamento transcorrido em cada operação constituinte do processo de trabalho. Através dessa experiência numa fábrica, ele foi capaz de sintetizar e apresentar ideias que em seguida iriam compor os princípios da gerência científica ou administração científica do trabalho (BRAVERMAN, 1974; DAL ROSSO, 2008).

Esses princípios, que ficaram conhecidos como tayloristas, foram facilmente incorporados às pretensões de Henry Ford, possibilitando uma maior intensificação da produção com a incorporação de máquinas, como veremos mais a frente.

Com efeito, o que Taylor fez não foi original, o mesmo apenas sintetizou e apresentou idéias que foram implantadas e consolidadas na Inglaterra e nos Estados Unidos durante o século XIX, propondo uma gerência científica do trabalho.

De acordo com Braverman,

A gerência científica, como é chamada, significa um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão. Faltam-lhe as características de uma verdadeira ciência porque suas pressuposições refletem nada mais que a perspectiva do capitalismo com respeito às condições da produção. Ela parte, não obstante um ou outro protesto em contrário, não do ponto de vista humano, mas do ponto de vista da gerência de uma força de trabalho refratária no quadro de relações sociais antagônicas. Não procura descobrir e confrontar a causa dessa condição, mas a aceita como um dado inexorável, uma condição “natural”. Investiga não o trabalho em geral, mas a adaptação do trabalho às necessidades do capital. Entra na oficina não como representante da ciência, mas como representante de uma caricatura de gerência nas armadilhas da ciência. (1974, p. 83).

Desta forma, o objetivo principal da gerência científica é adaptar o trabalho às necessidades de produção do capital, sendo para isso necessário estudar minuciosamente métodos que centralizem o trabalhador na produção e o gerente na condição de fiscalizador da execução desse trabalho.

Assim, a proposição de Taylor funda mecanismos para o aumento do grau da intensidade do trabalho, sem que para isso sejam implementadas modificações profundas na tecnologia existente na época. O que se verificou foram mudanças técnicas do fordismo propostas por Taylor, combinadas com a adaptação dos sistemas de cadeias produtivas ou esteiras rolantes usadas em abatedouros de animais para aumentar a intensidade do trabalho com controle do ritmo e velocidade. Essas alterações tiveram por objetivo reduzir a “porosidade” do trabalho, isto é, diminuir “os tempos mortos”, aproximando o tempo de trabalho real ao tempo contratado, interferindo, assim, no poder de decisão do trabalhador sobre o processo de produção. (DAL ROSSO, 2008).

Nesta perspectiva, Taylor elabora princípios para o que ele denomina de “administração científica do trabalho”, como apresenta Braverman (1974). O primeiro deles, chamado de *dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores*, significa que o processo de trabalho deve depender unicamente das políticas gerenciais, independente da prática, da tradição e do saber acumulado pelos trabalhadores. Nesse caso, o gerente deve reunir o conhecimento que anteriormente pertencera aos trabalhadores, acrescido ao conhecimento de classificar, tabular e organizá-lo em regras, leis e fórmulas.

O segundo princípio, sucessivamente, trata da *separação de concepção e execução* ou separação entre o trabalho manual e o intelectual. Isso significa que a gerência científica cabe à outra pessoa que não seja o produtor, determinando a dicotomia entre os que pensam e elaboram e os que apenas executam. Taylor defende que o estudo do trabalho dispense tempo, que somente os possuidores de meios de produção podem ter. A intenção é garantir o controle da execução do trabalho e barateá-lo.

Por fim, o terceiro princípio diz respeito à utilização do monopólio do conhecimento gerencial de modo a controlar cada fase do processo produtivo e de sua execução. Esse último formaliza o papel do taylorismo no controle do conhecimento da gerência científica.

Essa combinação fordismo-taylorismo, entretanto, provocou muitas resistências de operários e conflitos com os capitalistas, pelo grau de exploração e intensificação do

processo produtivo, significando condições precárias de trabalho. Assim, verificavam-se altos níveis de absenteísmo e grande rotatividade de trabalhadores com baixo nível de qualificação educacional e profissional; greves e um importante processo de organização dos trabalhadores em sindicatos de classe. Observou-se então uma crise, por volta do ano 1968, que deu cabo ao fim dos “anos gloriosos”. (BRAVERMAN, 1974; DAL ROSSO, 2008).

A implantação desses padrões de produção aconteceu em períodos de crescimento da economia, assim como também em períodos de guerra, quando prevalecia o interesse de produzir em grandes quantidades e com pouca diferenciação. Entretanto, com a queda do crescimento dos mercados, num contexto de crise dos anos 1970, e a necessidade de diferenciação dos produtos no tocante ao preço, ao uso e à qualidade, o sistema taylorismo-fordismo encontrou limites para continuar como forma de organização hegemônica, perdendo espaço para o toyotismo. (PINTO, 2007).

Essa crise que foi divulgada pela imprensa como “crise do petróleo”, contudo, fora expressão de um colapso de proporções muito maiores que se prolonga até os dias atuais, uma vez que as alterações estruturais ainda se realizam.

Foi em meados da década de 1970 que se desencadeou um conjunto muito grande de mudanças, de modo mais ou menos simultâneo, afetando fortemente o capitalismo e o sistema de produção de mercadorias. Essas transformações objetivavam tanto recuperar os níveis de acumulação e reprodução do capital, quanto repor a hegemonia que o capitalismo vinha perdendo, no interior do espaço produtivo, desde as explosões do final da década de 1960, quando as lutas sociais do trabalho passaram a reivindicar diretamente o controle social da produção. Essas mudanças acarretaram profundas repercussões nos universos do trabalho e das classes trabalhadoras. (ANTUNES e POCHMANN, 2007, p. 196)

É importante ressaltar que a história do Capitalismo está permeada pela existência de crises econômicas. Tais crises não acontecem por acaso e independentemente do movimento do capital, são, portanto, fenômenos constitutivos e inerentes à sua própria lógica de funcionamento, sendo, deste modo, expressão das contradições intrínsecas deste modo de produção e acompanham o desenvolvimento de ciclos econômicos. (NETTO; BRAZ, 2007).

Podemos dizer que Netto e Braz (2007) afirmam, além disso, que as crises capitalistas possuem várias causas. Dentre elas, citam como as principais: a) a anarquia da produção, que está relacionada ao fato de a produção capitalista não obedecer a nenhum planejamento ou controle racional, uma vez que as mercadorias são liberadas no mercado, anarquicamente, sem destino certo; b) a tendência da queda da taxa de lucro, visto que o

objetivo de obtenção de lucro promove essa tendência à medida que os capitalistas individualmente tentam aumentar os seus lucros através da redução proporcional do uso de força de trabalho; e c) o subconsumo das massas trabalhadoras, que em detrimento do aumento exagerado de mercadorias no mercado, possuem uma capacidade de consumo limitada devido aos baixos salários.

Essas causas têm relação, de forma geral, com aquela que é considerada a contradição fundamental do sistema capitalista: a contradição entre a produção socializada e a apropriação privada das mercadorias. Segundo a análise de Mota “[...] as crises expressam um desequilíbrio entre a produção e o consumo, comprometendo a realização do capital”. (2009, p. 53).

Conforme Mandel (1990), a crise do capital é sempre de superprodução de mercadorias, ou seja, o capitalismo produziu mercadorias para as quais não há poder de compra disponível a um preço que fornecesse a seus proprietários o lucro médio esperado. As recorrentes crises de superprodução destroem uma parcela do capital (e do trabalho morto acumulado por capitalistas), reconstituindo o mecanismo através do qual *a lei do valor se impõe*.

Neste sentido, para uma análise mais incisiva sobre a crise é preciso recorrer mais atentamente à contradição do sistema capitalista que diz respeito à *queda tendencial da taxa de lucro*, que se dá no sistema produtivo. No processo de valorização do valor, o capital precisa acumular cada vez mais, para isso eleva a capacidade produtiva a partir do aumento da composição orgânica do capital (pela introdução crescente de máquinas e de tecnologia) e da diminuição relativa dos gastos com o capital variável, ou seja, com os salários. Nesse processo de busca incessante por acumulação, ciclicamente, o capital entra numa crise de superprodução. Quando este ciclo é interrompido por algum motivo, a crise se expressa aparentemente, por exemplo, através do desemprego em massa, redução dos salários e aumento de jornada de trabalho, conseqüentemente baixo consumo, pedido de concordata pelas empresas, concentração de capitais em empresas e quedas nas bolsas de valores. O que aparenta ser a crise é, na essência, a tentativa de saída da mesma. (MARTINS, 2009).

Por sua vez, Mézáros (2002) apresenta a tese de que a atual crise é estrutural. A mesma tem como características a *universalidade*, atingindo vários ramos de produção e tipos de trabalho; a *globalização*, não estando mais restrita a um país, mas a vários; o caráter *permanente*, em escala de tempo permanente, ao contrário das crises cíclicas anteriores e com

*desdobramentos rastejantes*, devastando o sociometabolismo (o intercâmbio entre os seres sociais e a natureza) e demonstrando a incontrollabilidade do capital.

Para este autor, desde os anos 1970, o mundo experimenta um processo incontrollável de degradação do capital que se dá em três dimensões internas de autoexpansão: produção, consumo e circulação/distribuição/realização. Essas dimensões, ao longo dos anos, numa unidade contraditória tentam se ajustar de modo a perpetuar a reprodução ampliada do capital. Em separado, as mesmas colocam alguns limites imediatos, porém em totalidade possuem limites últimos, estruturais, que sinalizam, portanto, a crise estrutural do capital. Para ele, a mesma vai além da esfera socioeconômica, atingindo a sociedade civil e se espalhando pelas instituições políticas.

Logo o que se observa é que, nesse período de oscilações e incertezas, novas formas de organização industrial, da vida social e política são elaboradas, materializando-se num novo regime de acumulação que fora denominado por David Harvey como *acumulação flexível*. Para o autor:

A acumulação flexível [...] se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (1994, p. 140).

A intensificação de transformações no mundo do trabalho, como resposta à crise do capital dos anos 1970, repercutiram fortemente na classe trabalhadora<sup>7</sup> bem como no seu movimento sindical e operário.

Particularmente nos últimos anos, como *respostas do capital à crise dos anos 70*, intensificaram-se as transformações no próprio processo produtivo, por meio do avanço tecnológico, da constituição das formas de acumulação flexível e dos modelos alternativos do binômio taylorismo/fordismo onde se destaca, para o capital, especialmente, o toyotismo. Essas transformações, decorrentes, por um lado, da própria concorrência intercapitalista e, por outro da necessidade de controlar o movimento operário e a luta de classes, acabaram por afetar fortemente a classe trabalhadora e o seu movimento sindical e operário. (ANTUNES, 2010, p. 195).

---

<sup>7</sup> Embora Antunes utilize o conceito “Classe-que-vive-do-trabalho” optamos por empregar o conceito de classe trabalhadora, tendo em vista as polêmicas a cerca desse conceito de Antunes no campo da Sociologia do Trabalho.

Por conseguinte, as sucessivas crises do capitalismo desencadeiam várias alterações societárias, de modo a garantir a perpetuação do sistema e disciplinarização da força de trabalho. O destaque se dá para a reestruturação produtiva que conforme Fontes,

Deve ser compreendida [...] enquanto aprofundamento da “disponibilização do trabalho para o capital” e, ao mesmo tempo, do disciplinamento da força de trabalho nas novas condições de expropriação e na nova escala da concentração de capitais. (2008, p. 31).

Vale-nos dizer que para Alves (2008), o “novo complexo de reestruturação produtiva” refere-se ao cenário composto por inovações interiores e exteriores à produção capitalista. As primeiras dizem respeito às inovações organizacionais como o toyotismo; as tecnológicas e as sócio-metabólicas, que envolvem o controle da subjetividade operária, por exemplo. As últimas, por sua vez, tratam das inovações econômicas e geoeconômicas, na qual se inserem as novidades político-institucionais e as culturais.

Nesse sentido, idealizada pelo engenheiro Taiichi Ohno, na empresa Toyota Motor Co., o padrão produtivo denominado Toyotismo, surge no pós-guerra a partir da década de 1950. A mesma nasce como adaptação da tecnologia estadunidense à realidade social, política e econômica japonesa. O fluxo de implementação do toyotismo tem relação com as tentativas de “aumentar o rendimento do trabalho vivo”, aprimorando técnicas e equipamentos, inserindo a flexibilização na organização do trabalho até exaustão. (OLIVEIRA, 2004).

A autora discorre que se iniciaram reformas organizacionais a partir de aplicação de um plano de salvação no Japão, como forma de sanear a crise financeira que atingiu a empresa Toyota em 1949. O plano, orientado por bancos japoneses, previu a demissão de dois mil trabalhadores. O que gerou uma greve de grandes proporções e, seguinte, demissão de mais mil e seiscentos trabalhadores. No ano seguinte, importaram-se as técnicas de gestão de estoques de supermercados *yanquis*, aproveitadas nas indústrias automobilísticas estadunidenses.

Dessa maneira, novas ferramentas tecnológicas e organizacionais resultaram em novas formas de produção, num sistema produtivo mais “flexível” e “enxuto”, transnacionalizado e em novas formas de circulação de mercadorias e serviços. É assim que o binômio taylorismo/fordismo, caracterizado, por exemplo, pela produção em massa de mercadorias, homogeneizada e verticalizada, pelo trabalho parcelar, fragmentado e repetitivo, pela extração extensiva da mais valia, pelo prolongamento da jornada de trabalho, foi sendo

integrado ou substituído pelo toyotismo, caracterizado, por sua vez, pela automação, trabalho em equipe, pela polivalência; pelo gerenciamento participativo (*kaisen*), pela subcontratação, pelo regime *Just-in-time (JIT)*, regime de produção de alta qualidade, em pouco tempo, com quantidade estritamente suficiente, acionada pela demanda, sem formação de estoque e sem tempo de espera e pelo (*kanban*) sistema de informação e transporte interno. (ANTUNES, 2009; PINTO, 2007).

Além dessas alterações, verificam-se repercussões expressivas no mundo do trabalho, dentre elas, a diminuição alargada do proletariado fabril em decorrência da reestruturação, flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo; um aumento do novo proletariado, do subproletariado das fábricas e dos serviços através de um processo de precarização (terceirizados, subcontratados, *part-time*); a feminização acentuada do trabalho, precarizado e desregulamentado; o aumento de assalariados médios e do Setor de Serviços, mas já com taxas altas de desemprego; exclusão de jovens e idosos do mercado de trabalho dos países centrais; inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho e expansão do trabalho social combinado, em que trabalhadores de diversas regiões do mundo participam do processo de produção e de serviços. Essas alterações demonstram uma crescente fragilização, heterogeneização e complexificação da classe trabalhadora. (ANTUNES, 2010).

Um elemento significativo na fragilização da organização dos trabalhadores foi a constituição de sindicatos-de-empresa. Os sindicatos de inspiração classista, fortalecidos no momento histórico do padrão de acumulação fordista-taylorista, foram substituídos, a duras penas, por sindicatos pautados pela colaboração com o patronato e pela defesa do projeto concorrencial da empresa. O movimento sindical japonês é liquidado, juntamente com qualquer espírito de solidariedade de classe e qualquer organização coletiva combativa. Os sindicatos patronais, ao contrário, colaboram com a escolha do perfil de trabalhadores aptos ao toyotismo: submissos e discretos. (OLIVEIRA, 2004).

Essas mutações estruturais, que se espalharam por todo o mundo, tiveram acréscimos consideráveis do ponto de vista ideológico-político com as vitórias no Neoliberalismo, como alternativa ao Estado de Bem-estar Social na Inglaterra, sob o comando de Margareth Thatcher e nos Estados Unidos, com a liderança de Ronald Reagan.

Essa transformação estrutural – que deslanchou a chamada reestruturação produtiva do capital em escala global – teve forte incremento após as vitórias do neoliberalismo de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e de Ronald



Reagan, nos Estados Unidos, quando um novo receituário, um novo desenho ideo-político, apresentou-se como alternativa em substituição ao *welfare State*. Começava a se expandir a pragmática neoliberal. Sob a regência do mundo do mercado, incentivaram-se as privatizações e as desregulações de todo tipo, da economia às relações trabalhistas, do mundo financeiro às leis fiscais. Foi assim que se expandiu o neoliberalismo. Vale lembrar, entretanto, que a redução do Estado no âmbito produtivo e na prestação de serviços públicos foi substituída pelo fortalecimento da ênfase privatista do aparato estatal, de que foi exemplo o governo Margaret Thatcher. Altamente intervencionista, esse governo teve a clara finalidade de *desregulamentar* a economia e privatizá-la. (ANTUNES e POCHMANN, 2007, p. 197).

Em consequência da desregulamentação e privatização da economia, o trabalho tornou-se mais desespecializado, polivalente e multifuncional tanto no mundo fabril como também nos setores de serviços privados e públicos. Nestes últimos, os serviços nas áreas de saúde, telecomunicações, energia e previdência foram mercantilizados, afetando trabalhadores, sobretudo, do mundo estatal e público.

No Brasil, as técnicas novas não foram inseridas apenas nas fábricas, mas incorporadas também em outros espaços, como, por exemplo, na Faculdade de Engenharia Industrial de São Bernardo, vislumbrando-se o acompanhamento dos avanços no setor privado. Como discorre Oliveira,

No caso brasileiro, a introdução das técnicas “toyotistas” atingiu não apenas o chão-de-fábrica. A Faculdade de Engenharia Industrial de São Bernardo passou a inserir em seus cursos disciplinas que incluem noções teóricas sobre administração participativa. O gerenciamento participativo propicia ganhos consideráveis de recursos de toda a ordem, incorrendo em economia de matérias-primas, de instalações e de trabalhadores, aumento da jornada e, conseqüentemente, desemprego. Trata-se de iniciativas que dão suporte e preparam novos quadros para a atuação profissional, que vão ao encontro das inovações que estão ocorrendo no setor privado. (2004, p.86-7).

Os ensaios dessa inserção se deram no período turbulento dos anos 1970, da ditadura militar, cenário que proporcionava condições para o desmonte das relações de trabalho numa perspectiva privatizante, sendo apenas implementada na década de 1990, como veremos adiante. Na segunda metade da década de 1970, movimentos sociais se organizaram, questionando o Estado repressor, o desemprego e as condições socioeconômicas.

No entanto, as mobilizações foram insuficientes para construir uma força social que conseguisse controlar o uso do trabalho a favor da classe trabalhadora. Em detrimento dos trabalhadores, empresários ficaram livres para implementar mudanças estruturais sem negociação com as entidades de classe.

Cabe frisar que a reestruturação produtiva que atinge o Brasil assume proporções diferenciadas em razão das necessidades sociais do país, visto que estimula o crescimento econômico superior à entrada da população economicamente ativa no mercado, havendo um descompasso entre as demandas do mercado por força de trabalho e a qualificação do trabalhador vindo de uma população com baixa escolaridade.

Já existindo um mercado de trabalho com regulação precária, com a mundialização do capital, acentua-se a desregulamentação do trabalho. Contraditoriamente, no início há uma tentativa de regulamentar o mercado na década de 1980, justamente quando se inicia o processo de desregulamentação no país.

Na década posterior, acontecem reformas estruturais e trabalhistas paralelamente, num cenário de crescimento tumultuado do setor terciário (serviços e comércios), assim como, “aumento dos níveis de desocupação e desemprego, crescimento expressivo da informalidade nas relações de trabalho, perda na qualidade dos postos de trabalho e a estagnação relativa dos rendimentos médios oriundos do trabalho”. (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1669).

De acordo com Alves (2000), somente na década de 1990, com uma maior ofensiva do capital e com a implementação do Neoliberalismo, é que o novo complexo de reestruturação produtiva ganhou força, incorporando ferramentas como a terceirização e caminhando para um “toyotismo sistêmico”, que busca atingir uma nova captura da subjetividade operária.

Nessas condições, as sequelas para a classe trabalhadora tomaram dimensões peculiares de acordo com nível de organização desta nas diversas nações.

Enquanto no Japão foi criado um núcleo de “contrapartidas institucionais” - tais como emprego vitalício, salário-antiguidades e outros - pra aquele núcleo de trabalhadores estáveis que garantem a continuidade da produção, no Brasil a contrapartida foi a flexibilidade do trabalho que significou o desbaratamento daquela rede de garantias e direitos duramente conquistados em anos anteriores pelo movimento social organizado. (OLIVEIRA, 2004, p. 76).

Embora os operários japoneses tivessem supostas vantagens do ponto de vista da remuneração salarial e estabilidade no vínculo empregatício em relação aos brasileiros, as contrapartidas institucionais a eles ofertadas, não diferentemente, vieram aliadas a um forte processo de cooptação.

Uma das consequências mais devastadoras foi o esvaziamento da memória dos direitos do trabalho. Como demonstra a autora:

Ou seja, para garantir o trabalho, o trabalhador perde os limites do posto de trabalho, das tarefas, das habilidades, da sua competência e até mesmo da legalidade sobre sua própria relação com a empresa. E, dessa forma, fica solto no terreno movediço da colaboração. Deixa de lutar pela manutenção de algo que é seu e passa a existir em busca do favor daqueles que o empregam. Esse é o verdadeiro significado da palavra consenso, se entendia na perspectiva do trabalho. O trabalhador consente em esquecer os direitos para manter o emprego e mesmo assim só se garante no prazo do contrato de trabalho, por tempo determinado, se houver contrato. Ao promover o esvaziamento da memória, flexibiliza a possibilidade de haver conflitos com as mudanças propostas, conformando um tipo de adesão circunstancial. Sendo assim, uma nova subjetividade é forjada: a do trabalhador colaborador. (Ibidem, 2004, p. 76).

De outra forma, Alves (2007) usa o termo para definir o fenômeno: “a captura da subjetividade do trabalho”. De acordo com o mesmo, a racionalização toyotista possui maior capacidade manipulatória, de maneira que interfere na subjetividade operária, estimulando uma postura pró-ativa, de co-gestão por meio dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) e Participação nos Lucros e Resultados (PLR) da empresa, isto é, uma postura que integra as iniciativas afetivas-intelectuais dos colaboradores com os interesses das empresas. Segundo o autor, mecanismos de contrapartida salarial e de gestão do trabalho, como por exemplo, o trabalho em equipe, ou ainda a constituição de condições precárias de trabalho resultam numa capitulação pelo medo.

Convém dizer que, a combinação entre o pensamento neoliberal com o novo padrão de acumulação flexível se projeta em todo o mundo para os países receptivos às idéias liberalizantes. No Brasil, esse pensamento prevaleceu na condução macroeconômica do país, até ser intensificado com a reforma administrativa do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), como veremos *a posteriori*.

Anteriormente, sob o comando de Collor de Mello (1990-1992), o Brasil se abriu às exigências do capital, submetendo a economia a um forte processo de liberalização, ditado pelas receitas do Consenso de Washington. O então presidente, tomando como referência a política econômica do Japão e dos Tigres Asiáticos, lança em 1990 o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Defendia-se que o Estado deveria investir na qualificação tecnológica e empresarial e no envolvimento de gerentes e trabalhadores no processo produtivo, de modo que o país fosse inserido no processo modernizador da reestruturação

produtiva, impulsionado pelas determinações do mercado. Como se pode ver no excerto seguinte:

Em 1990, refletindo o que se convertia em senso comum para o patronato, ou seja, que a política da qualidade e produtividade seria a causa responsável pelo êxito econômico do Japão e dos tigres asiáticos, o governo Collor de Mello lança o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Entre as justificativas alinhadas, está a de que a reestruturação produtiva é a forma de modernização da indústria que levaria o país a se inserir nas economias desenvolvidas. Por isso, o Estado deveria intervir, buscando capacitação tecnológica e de gestão empresarial inovadora. A política de qualidade e de produtividade seria o primeiro passo na direção da construção de um envolvimento total de gerentes e trabalhadores, em todas as fases do processo produtivo, de acordo com as especificações e aspirações do mercado. (OLIVEIRA, 2004, p. 106).

Como acrescenta Harvey (1994), o cenário instável internacionalmente permitiu aos patrões aproveitarem o enfraquecimento da organização da classe trabalhadora e assim impor relações contratuais de trabalho mais flexíveis.

Assim, o discurso difundido, a partir da nova organização capitalista é que a *flexibilização* tem por objetivo combater o desemprego. A análise dessa categoria permite compreender, todavia, que esta não significa solução para os índices de desemprego, trata-se, entretanto, da imposição da diminuição de salários e agravamento das condições inadequadas de trabalho.

Neste sentido, a *flexibilização* pode ser considerada como a liberdade de demissão dos funcionários por parte das empresas quando lhes convier; a redução ou aumento de horário de trabalho quando as empresas julgarem necessário sem aviso prévio; a possibilidade de modificar os salários para valores menores do que os custos de reprodução da força de trabalho; a capacidade de a empresa alterar horários das jornadas de trabalho, subdividindo-as da maneira que lhes for mais conveniente e a possibilidade de realizar contratação de funcionários por tempo determinado ou subcontratar. (VASAPOLLO, 2005).

De forma análoga a Giovanni Alves, esse autor faz referência aos aspectos subjetivos dos impactos das transformações do mundo do trabalho.

É o mal-estar do trabalho, o medo de perder seu próprio posto, de não perder seu próprio posto, de não poder mais ter uma vida social e de viver apenas do trabalho e para o trabalho, com a angústia vinculada à consciência de um avanço tecnológico que não resolve as necessidades sociais. É o processo que precariza a totalidade do viver social. (VASPOLLO, 2005, p. 27).

Trata-se de um modo interessante de definir a *flexibilização*, considerando a consciência do trabalhador, assim como quando se fala da captura da subjetividade da classe trabalhadora.

Igualmente é importante notar como a racionalidade produtiva incorpora elementos que submete o trabalhador impreterivelmente a vender sua força de trabalho em condições flexíveis e precárias em detrimento da perda do emprego, visto a grande dificuldade de se obter um posto de trabalho que garanta o mínimo para sua sobrevivência. Apesar das lutas históricas da classe trabalhadora, o que se observa é uma crescente submissão/subsunção do trabalhador ao capital, dada a correlação de forças instalada e as próprias leis de funcionamento da ordem estabelecida. Desta maneira, Tavares afirma que:

Submetida às leis de mercado, a força de trabalho tem que se sujeitar à oferta e à procura, sendo ora reivindicada, ora rejeitada, como qualquer bem que é produzido para a venda, mesmo que os trabalhadores não aceitem passivamente essa condição, o que se comprova nos registros históricos de suas lutas. (2004, p. 45).

Oliveira, por sua vez, afirma que:

A flexibilidade da força de trabalho está relacionada com as novas tecnologias, com uso do trabalhador na fábrica e com uma legislação que beneficia à empresa em detrimento dos direitos conquistados dos trabalhadores (férias, aposentadorias, política salarial, contratos de trabalho e, principalmente, jornada). (2004, p. 35).

A partir da interpretação da autora, podemos dizer que flexibilizar a força de trabalho é retirar a proteção e segurança dos direitos trabalhistas, abalando os planos para o futuro e dirimir a solidariedade de classe, interferindo, portanto, na nova condição dessa força de trabalho.

Acresce ainda, que a “flexibilidade, no limite, é a busca da ruptura do complexo de relações que ordenava o mundo do trabalho em torno da solidariedade social que se fortalecia e orientava a luta operária mundial”. (OLIVEIRA, 2004, p. 37).

Segundo a análise das pesquisadoras Thébaut-Mony e Druck (2007), podemos afirmar que a *flexibilização* é um processo que é determinado e condicionado por aspectos macroeconômicos relativos à nova fase de mundialização do capital e que se caracteriza pela fluidez dos mercados econômicos, atingindo, não só, a economia, como também, o mundo do trabalho. Além disso, as consequências dessa *flexibilização* têm se incorporado nos processos

de trabalho, no mercado, na regulação das relações e nas formas de gestão do trabalho, sendo condição determinante para o trabalho precário atualmente.

No que tange ao processo de trabalho, a flexibilização atinge as jornadas de trabalho maleáveis como, por exemplo, o banco de horas; o pagamento de vencimentos através de salários flexíveis, sendo uma parte fixa e outra variável, chegando a ser 60% do total e determinada pelo alcance de metas, assiduidade e dedicação ao trabalho e as formas de gestão que controla duramente a execução do trabalho (Ibidem, 2007).

Nessas condições, formas precárias de admissão passam a predominar nas principais regiões mais desenvolvidas do Brasil e são utilizadas para afiançar a *flexibilização* por meio de contratos temporários e de subcontratos (terceirização). Esses mecanismos possuem respaldo do mercado e suas leis de competitividade e do Estado que efetiva ações de cunho neoliberal, reformando leis trabalhistas e desregulamentando o trabalho a exemplo da criação do contrato de trabalho por tempo determinado no ano de 1998.

A autora ressalta, ainda, que apesar de a *flexibilização* no Brasil ter um conteúdo geral similar em relação a outras regiões do mundo, aqui é preciso considerar o patamar em que o fenômeno ocorre e observar o grau de informalidade e de desregulamentação do mercado de trabalho, a inexistência de um estado de bem-estar social e o nível de organização político-sindical ainda deficientes em relação a países desenvolvidos.

Essa *flexibilização*, que tem sido alardeada em todo o mundo, abriu caminho para o atual quadro de *precarização* do trabalho, tendo, portanto, um sentido mais amplo. Por sua vez, a *precarização* desenvolvida nas quatro últimas décadas, logo, é consequência da *flexibilização* do trabalho e dos elementos que dão conteúdo a idéia dessa categoria, sendo eles:

[...] a fragmentação, a segmentação dos trabalhadores, a heterogeneidade, a individualização, a fragilização dos coletivos, a informalização do trabalho, a fragilização e crise dos sindicatos e, a mais importante delas, a idéia de perda- de direitos de todo tipo- e da degradação das condições de saúde e de trabalho. (THÉBAUT-MONY e DRUCK, 2007, p. 30).

A *precarização*, por sua vez, pode ser compreendida, então, a partir da leitura das pesquisadoras como um processo social que é resultado da institucionalização da falta de segurança trazida pelas novas formas de organização do trabalho e da desresponsabilização do Estado na regulação deste e do mercado que tem como inflexões mais *vis*, a degradação das condições laborais, de saúde e da organização sindical.

Nesses termos, Souza (2010) estabelece umnexo causal entre as duas categorias, colocando a *flexibilização* e a *precarização* como processos interligados e presentes no mundo do trabalho atual. Por essa interpretação, existe uma associação entre *as mesmas*, na qual a segunda é determinada pela primeira.

Há uma forte associação entre os fenômenos da *flexibilização* e *precarização*. Eles apresentam-se como fenômenos indissociáveis que se dão *pari passo*, estando o processo de *flexibilização* determinando as atuais configurações da *precarização* do trabalho. Desta forma, não devem ser confundidos, nem serem utilizados conceitualmente como fenômenos similares, iguais. Eles refletem a forte tendência de desregulamentação do trabalho e se expressam numa relação de determinação. (SOUZA, 2010, p. 47).

Podemos dizer que Alves (2007), assim como Thébaut-Mony e Druck, caracteriza a *precarização* como um processo de ordem social. O autor avança dizendo que esse processo tem um conteúdo histórico e político, “de natureza complexa, desigual e combinada” que atinge principalmente os setores mais organizados do proletariado, ou seja, “a base social e política do movimento socialista do século XX” e que a *precarização* explicita novas formas de *estranhamento* do trabalho e do *fetichismo da mercadoria*, aparecendo não apenas na perda de direitos, mas também nos altos índices de desemprego estrutural.

Nesta perspectiva, o conteúdo histórico-político a que Alves se refere, tem relação com o processo conflitante guiado pelo capital, como relação social que determina a racionalização do mundo. A *precarização* aparece como um processo, um modo de desenvolvimento civilizatório que apenas intensifica uma precariedade já existente e própria do modo de produção capitalista.

A precariedade, por sua vez, trata-se de uma condição sócio-estrutural que adjetiva o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadorias. Doutra forma, a precariedade é uma condição histórico-ontológica da força de trabalho como mercadoria.

Sendo a *precarização* um processo que repõem a precariedade e que é determinada pela luta de classes e correlação de forças entre o capital e trabalho, não há como negar que a situação tem sido bastante desfavorável a classe trabalhadora nos últimos anos.

Os últimos cinquenta anos tem sido cenário de conflitos entre o capital e trabalho, expressos ora em resistências de pequena proporção e localizados, ora em ações de maior alcance. Todo um movimento de caráter contrarrevolucionário, resultado do aprendizado com as experiências de resistência e mobilização dos operários nos “tempos gloriosos” do capital e

anteriores ao Estado de Bem-estar social, foi fortalecido com a ofensiva capitalista retomada nos anos 1970.

Esse movimento esquartejou as pernas e os braços de trabalhadoras e trabalhadores em todo o mundo, capturando mentes e corações, por meio da coerção, da repressão, da fetichização da realidade e da capitulação pelo medo. Fez desvanecer da memória coletiva o sentido da coletividade e solidariedade classista, impondo no lugar o pensamento individualista burguês, neoliberal que fragmentou, confundiu, desmobilizou e desestruturou ainda mais as entidades sindicais e movimentos sociais de caráter progressista e socialista. As práticas de resistência, como consequência da regressão e deformação do nível de consciência, foram substituídas pela corrupção nos sindicatos e partidos políticos, pelos discursos descrentes, vazios sem materialidade e sem eco nas massas populares.

De modo a compreender como se deram esses processos no Brasil na década de 1990, seguimos discutindo elementos da realidade brasileira. Visto que entender a contrarreforma do Estado brasileiro é passo importante para se assimilar também as alterações que se processam nas políticas sociais, bem como nas condições de trabalho daqueles que atuam nos serviços públicos de saúde.

## **1.2 A contrarreforma neoliberal do Estado Brasileiro**

A crise do capital, o novo complexo de reestruturação produtiva e as incessantes necessidades de acumulação do capital foram fatores determinantes para a adoção de uma nova concepção de Estado e para se efetuar internacionalmente mudanças estruturais na condução de políticas sociais. Diante do argumento de que o *Estado de Bem-estar social* foi incapaz de atender aos interesses do capital, elabora-se e executa-se o projeto neoliberal para os Estados Nacionais, orientando-se a realização de reformas que enfrentem à crise do capital.

Considerando a análise de Netto (2007), podemos dizer que o desmantelamento do Estado de Bem-estar social é um exemplo de estratégia do capitalismo contemporâneo para suprimir os direitos e as garantias sociais conquistados pelas lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras, rompendo com todo e qualquer tipo de barreira sociopolítica que atrapalhe a liberalização da economia em sua ambição deliberada. A fim de legitimar essa estratégia, os grandes capitalistas fomentaram e divulgaram a ideologia neoliberal. Esta estimula a formação de indivíduos com perfil competitivo, possessivo e calculista, de uma



sociedade fundada na necessidade da desigualdade social como um traço natural dela, e de uma concepção de liberdade que fica nos limites do mercado, ou seja, uma liberdade burguesa.

Como nos confirma Perry Anderson, essa ideologia é produto de elaborações contrárias à proposta keynesiana de intervenção do Estado na Economia e na vida social.

O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. (ANDERSON, 1995, p. 9).

É importante ressaltar, entretanto, que o Estado social cujo pensamento econômico é o Keynesiano, integra ainda um modelo de Estado que segue inserido numa perspectiva liberal, visto que o Keynesianismo não possuía interesse de substituir o capitalismo por outro modo de produção, mas mantê-lo, todavia, com a participação ativa do Estado no controle do mercado.

Destarte, o projeto neoliberal é assim chamado porque reedita os ideários do liberalismo clássico de que o mercado é a instância mais adequada à alocação dos recursos de uma sociedade qualquer, motivo pelo qual não deveria haver interferência do Estado na economia. Nesse sentido, a proposta política neoliberal está fundamentada na defesa da máxima liberdade dos mercados com maior eficiência na alocação de recursos e o conseqüente bem-estar social. Conforme Carcanholo “[...] o neoliberalismo prega o Estado mínimo como forma de propiciar o livre funcionamento do mercado”. (2002, p. 29).

O Estado Social (keynesiano) foi “satanizado” pelos neoliberais para convencer a todos da indispensabilidade de este ser reformado. Vale lembrar, entretanto que o fato de ser menos danoso que o Estado neoliberal não cancela as determinações sociais capitalistas, como já reforçamos em outra ocasião ao longo desse capítulo.

Houve a apropriação do vocabulário do proletariado para confundir e iludir trabalhadores e outros setores desacreditados quanto as reais intenções da proposta neoliberal. Assim, Netto esclarece que a tática adotada pelas capitalistas é de um processo de contrarreformas, com objetivo de suprimir direitos conquistados pela classe trabalhadora.

[...] o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trombolho anacrônico que deveria ser reformado - e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra *reforma* perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo

grande capital é um gigantesco processo de contra-reforma(s), destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais. (NETTO, 2007, p. 227).

As alterações que se dão no Estado configuram, na verdade, uma contrarreforma, visto que se fundamentam no pensamento econômico neoliberal e na regressão das condições de vida e de trabalho e de participação política das maiorias. Como afirma Montañó e Durighetto,

A chamada “reforma do Estado” funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar- desimpedir, desregulamentar- os mercados. Assim, concebe-se o desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. [...] tem assim um caráter político, econômico e ideológico que visa alterar as bases do “Estado de Bem-estar Social” e do conjunto da sociedade construídas no interior de um “pacto socialdemocrata”, no período do pós-guerra, e que conformam o “Regime de Acumulação fordista-keynesiano”. Tem por objetivo esvaziar diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas desenvolvidas ao longo do século XX e, portanto, no lugar de uma “reforma”, configura um verdadeiro processo de (contra) reforma do Estado. (2010, p. 203).

Nesses termos, a ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de se realizar ajustes em busca de uma austeridade fiscal, justifica a pressão do grande capital para que o Estado deixe de regular a economia.

A partir da análise dos autores, podemos dizer que para explicar as reformas propostas, os neoliberais se valeram da ideia de que, na “sociedade de escassez”, faz-se necessário o corte de gastos públicos principalmente, com a força de trabalho e com políticas sociais. Essa escassez teria relação com uma crise fiscal do Estado, na qual os gastos são superiores as receitas, resultando em déficit estatal e gerando uma inflação permanente com os cortes no orçamento.

Nesta perspectiva, as acentuadas mudanças no Estado para atender interesses da classe dominante se dão pela incorporação mais explicitamente do discurso neoliberal da “mão invisível do mercado” e reestruturação para acatar as determinações de organismos multilaterais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Banco Mundial (BM), sob o argumento de que é preciso colocar o Brasil em patamares de desenvolvimento semelhantes aos dos países centrais. (SOUZA, 2009).

Como nos mostram, ainda, Montañó e Durighetto,

[...] essa (contra) reforma se expressa nos ‘ajustes estruturais’ de orientação monetarista e neoliberal, nos planos econômico, social e burocrático-institucional, que os Estados nacionais, a partir fundamentalmente das atuais pressões e exigências das instituições financeiras internacionais de Bretton Woods (FMI, BM e Bird), tiveram que implementar como condição para receber empréstimos e os investimentos produtivos dos capitais financeiros e das multinacionais. A realização desses ‘ajustes’ é posta como passaporte para a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo. (2010, p. 205).

Por sua vez, Alves (2007) argumenta que o Estado neoliberal é a forma de Estado político próprio da fase de *mundialização do capital* em sua abrangência global que impõe ao trabalho a sua lógica precarizadora. Apesar de retomar a máxima da “mão invisível do mercado” de Adam Smith, expoente da Economia Liberal, o Estado neoliberal que se diz mínimo, o é para os direitos e políticas sociais, e máximo para o capital expresso nos interesses organizados dos investidores capitalistas. Assim, esse Estado age como um ente moral e intelectual que busca construir uma base que legitime a ordem da sociedade burguesa, em conformidade com o momento histórico contemporâneo.

Não por acaso, a América Latina, mesmo não vivendo a experiência do *Estado de Bem-estar social*, sofreu influência das determinações neoliberais para as mudanças nos seus Estados, de modo a enfrentar a crise do capital. Em reunião denominada *Consenso de Washington*, realizada em novembro de 1989, organismos internacionais (FMI, BIRD, BM), representantes do governo norte-americano e de governos dos países latino-americanos avaliaram o processo de reformas nestes últimos anos e acordaram as “recomendações” do FMI de modo a intervir em dez áreas:

- 1) Disciplina fiscal; 2) redução dos gastos públicos; 3) reforma tributária; 4) juros de mercado; 5) regime cambial de mercado; 6) abertura comercial; 7) eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro; 8) privatização; 9) desregulamentação das leis trabalhistas e 10) institucionalização da propriedade privada. (Ibidem, 2010, p. 211).

No Brasil, a reforma que introduziu significativas alterações no trabalho do serviço público foi a Reforma Bresser Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1995, através do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Em documento do próprio MARE, afirma-se que:

A reforma do aparelho do Estado requer a aprovação de mudanças na Constituição para a sua completa implementação. Mas, a reforma não se limita à revisão de dispositivos constitucionais. Abrange também a revisão de outras leis e normas, a concepção de novos instrumentos de gestão e de

formas inovadoras de organização da administração, procurando assimilar o que há de mais avançado nas teorias e métodos de administração, na experiência internacional e na própria trajetória da administração pública brasileira. (BRASIL, 1997, p. 8).

A proposta, elaborada sob o comando de Bresser Pereira, apontava os caminhos de revisão da administração pública que atingiriam, sobremaneira, os trabalhadores do serviço público.

Nesse mesmo documento, apresentam-se argumentos que justificavam a realização da “reforma” administrativa, apontando-se os benefícios para a sociedade de forma geral e para os trabalhadores.

Para a sociedade, os ganhos seriam referentes a:

*Uma administração pública eficiente: a melhoria da eficiência* significa que o Estado será capaz de gerar mais benefícios, na forma de prestação de serviços à sociedade, com os mesmos recursos disponíveis. Ou seja, o Governo entende que o problema não é simplesmente de cortar gastos, mas gastar com eficiência e responsabilidade o que se tem.

*O equilíbrio das contas nos Estados e Municípios:* Estados e Municípios terão condições legais de promover, de forma mais eficaz, seus processos de ajustamento das contas públicas. Existe hoje uma grave situação de quase inadimplência em muitos Estados e Municípios, nos quais a folha de pagamentos responde por até 91% da receita disponível. O ajustamento é necessário e a sociedade só tem a ganhar, ainda que possam haver custos sociais localizados com o desligamento de servidores.

*O Estado deixa de ser um obstáculo à retomada do desenvolvimento econômico:* hoje o setor privado já se ajustou e está voltando a investir. O Estado, entretanto, continua amarrado pelo desequilíbrio das contas e pela desorganização interna, perda de técnicos qualificados, baixo desempenho e persistência no uso de formas atrasadas de gestão. O Governo não quer desmontar o Estado. As experiências bem-sucedidas no mundo inteiro mostram que é fundamental uma burocracia ágil, moderna, capaz de planejar e promover as condições necessárias para o crescimento sustentado e socialmente justo.

*Serviços públicos com qualidade:* a retirada de normas e controles desnecessários, a flexibilização de gestão e a ênfase no desempenho vão ajudar a administração pública a oferecer serviços melhores, com maior qualidade. O serviço público poderá assimilar o que há de positivo na experiência de gestão das organizações e empresas mais modernas, direcionando a sua atuação para a satisfação do cidadão/ contribuinte. (Ibidem, 1997, p. 10) [grifos nossos].

Como se vê, os argumentos versam sobre a tese de que o Estado sofre com o engessamento, com a inabilidade de gerir os gastos públicos e com a ineficácia e que, em razão disto, faz-se necessário modernizar a máquina pública e torná-la eficiente, flexibilizando a gestão e enxugando as contas públicas.

Para os trabalhadores, o documento indica as seguintes vantagens:

*O servidor ganhará o respeito da sociedade:* a opinião pública tem hoje uma imagem muito negativa do servidor. Para reverter esta imagem, a sociedade precisa saber que a maioria dos servidores trabalha muito e é dedicada ao ideal de servir ao público. Por isso os servidores não devem temer medidas que visam favorecer a sua profissionalização. Cobrar desempenho e até mesmo, como medida extrema, demitir o servidor que não se empenha no seu trabalho, não é perseguir a categoria, mas reforçar a sua profissionalização. A estabilidade só se justifica no interesse do Estado: ela não deve ser confundida com eternização no cargo público.

*O servidor terá certeza de que seu trabalho é necessário:* é preciso que os servidores tenham claro que a função do Estado não é dar empregos, mas prestar os serviços que a sociedade, o contribuinte, necessitam. Dessa forma, não faz sentido manter empregos desnecessários. Os Estados ou Municípios que, diante de uma situação insustentável nas contas públicas, tiverem de se ajustar pelo desligamento de servidores, poderão, daqui para a frente, retomar o crescimento acautelando-se contra o empreguismo.

*O servidor terá o seu desenvolvimento profissional estimulado:* serão implementados programas de treinamento em massa e sistemas de promoção do servidor vinculados a cursos de aperfeiçoamento. O quadro de servidores será renovado: a abertura de concursos e a organização de carreiras irá renovar o quadro de servidores, com a entrada de sangue novo e representará um avanço nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços.

*As condições de trabalho vão melhorar:* novos métodos de gestão, maior autonomia e profissionalização da gerência, indicadores de desempenho, sistemas de avaliação permanente do servidor e dos órgãos, serão projetos que deverão, a longo prazo, produzir uma verdadeira revolução gerencial no serviço público, que hoje está muito defasado em relação às organizações privadas. (Ibidem, 1997, p. 11).

Cumpre notar, que se forja um discurso voltado para as supostas debilidades do trabalhador, afirmando-se no imaginário social, através da mídia e de depoimentos de parlamentares, que o trabalhador regido pelo regime estatutário é ineficiente e descompromissado. Nesse sentido, há que se considerar que existe um esforço para deslegitimar a conquista do Regime Jurídico Único (RJU) de modo a impedir processos de resistência e organização política destes trabalhadores.

Para apoiar esse argumento, propõe-se a execução de iniciativas que eliminem os trabalhadores considerados inaptos ou desnecessários diante da necessidade da austeridade fiscal. É importante lembrar que o vínculo estatutário é obtido por meio de concursos públicos para os quais, em geral, milhares de pessoas se candidatam à procura da sonhada estabilidade. Seguindo nesse caminho da individualização do problema, o ministério propõe que se realizem processos formativos para aperfeiçoar o conhecimento técnico dos servidores desqualificados.

Afirma, ainda, que serão ofertados concursos públicos para renovação do quadro de servidores. Por trás dessa proposta está a clareza de que os trabalhadores mais antigos possuem formação política e níveis de consciência e organização, estando aptos a resistirem às ofensivas neoliberais a desregulamentação e precarização das condições de trabalho e, deste modo, é conveniente substituir os resistentes por trabalhadores mais jovens sem histórico de organização política, e ávidos por trabalho num cenário de desemprego e precarização do trabalho.

Paralelamente, argumenta-se que essas mudanças seriam benéficas aos trabalhadores, garantindo-lhes autonomia, quando, em verdade, reforça-se a lógica da racionalidade gerencial, de controle e coerção do trabalhador na mesma perspectiva da administração privada.

Para justificar essa “reforma”, segundo Behring, Bresser Pereira caracteriza a crise fiscal como resultante do “[...] déficit público, poupanças públicas negativas ou muito baixas, dívida interna e externa excessivas, falta de crédito do Estado [...] e pouca credibilidade do governo” (2003, p. 174). Este recomenda a existência de um Estado pequeno e forte que realize como tarefas a garantia da propriedade e de contratos; a promoção do bem-estar e de direitos sociais; a realização de uma política industrial e de exportação de produtos.

É, sobretudo, nas políticas sociais que se verifica um forte desresponsabilização e desfinanciamento à proteção social, como consequência da alardeada crise fiscal do Estado e sob o argumento de que estas são paternalistas, geradoras de desequilíbrio, de custo excessivo para o mercado. A maior orientação é a *focalização das ações*, com estímulos a fundos sociais de emergência, e a mobilização da solidariedade individual e voluntária, como também, a organizações filantrópicas e não governamentais. (Ibidem, 2003).

Nessa perspectiva, compreendemos que a incorporação da concepção neoliberal na elaboração dessas políticas serve para escamotear a necessidade de mudanças estruturais na sociedade capitalista, limitando-se a reformas que elegem a pobreza e a maior “equidade” social, sem envolver modificações substantivas nas condições de produção de desigualdades sociais, como centro de atuação, sem, todavia, atender as necessidades reais de vida digna e de reprodução da força de trabalho. A partir de programas sociais, os governos atuam na contenção social, sem atingir as raízes da questão social e atendendo às exigências do grande empresariado e dos organismos multilaterais de financiamento no pagamento da dívida externa.

Interprete-se a “questão social” enquanto expressão urdida para contemplar as consequências da industrialização em sua fase inicial, atualmente aludida às relações contraditórias entre o capital e o trabalho, reguladas por meio da ação estatal. Sobre a qual Netto discorre:

A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo. Com efeito, a pauperização (neste caso, absoluta) massiva da população trabalhadora constituiu o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial e não por acaso engendrou uma copiosa documentação. (2005, p. 152-3).

Podemos dizer que, esse termo lidaria ao longo dos anos com interpretações diferenciadas de acordo com o projeto de sociedade defendido.

Ora, tentou-se associá-lo a resolução da aparência das expressões da “questão social” de maneira a *reformular, conservando* as bases da sociedade capitalista numa perspectiva socialdemocrata. Ora, reconhecendo-a como as manifestações sócio-políticas do regime capitalista cuja *origem precisa ser suprimida*.

Nesse último caso, podemos dizer que se adequa a interpretação do pensamento revolucionário presente nos anos de intensas mobilizações que questionavam, por exemplo, as implicações da racionalidade taylorista e fordista nas condições de trabalho dos operários.

Logo, as escolhas efetivadas pelos governos seguem uma lógica desinteressada de enfrentar a questão social a partir de reformas estruturais, prevalecendo a realização de ações focais e compensatórias.

Nesse sentido, a focalização no campo da saúde representou a prestação de serviços direcionados ao atendimento às populações mais vulneráveis socioeconomicamente com “cestas básicas de saúde” e um incentivo à privatização pela descentralização de serviços, restrições a financiamentos, acesso a seguros privados e parcerias com as organizações sociais.

Gomes aponta que as ações dos governos brasileiros,

[...] fazem parte de uma estratégia mais ampla dos organismos multilaterais, como o BIRD e o Banco Mundial, os quais defendem a expansão de políticas sociais como meios de enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais, o que não significa promover e/ou ampliar sequer os níveis de equidade na sociedade. (2011, p. 104).

Nesse sentido, volta-se a atenção para redimensionar os gastos com as políticas sociais, tendo repercussões no Setor de Serviços públicos. Isso implica mudanças estruturantes na condução da política social, bem como na gestão do trabalho. Como a argumentação de que os principais gastos provinham do pagamento de folhas salariais e com os serviços públicos, atua-se em duas frentes. Como nos mostra Souza,

Seguindo esta tendência a política estatal para a saúde expressa no SUS, passa a incorporar duas estratégias fundamentais para implantação deste novo modelo gerencial: a *desregulamentação do trabalho* através da redução de gastos com força de trabalho, pelo mecanismo do desemprego ou a redução dos encargos com o trabalho formal e, a *descentralização das ações de saúde* que atribui ao município ações focalizadas de baixo custo e desloca a demanda por trabalho para estados e municípios. (2009, p. 15).

Para entender sobre quais suportes a *flexibilização* e a *precarização* do trabalho foram se tornando cada vez mais uma realidade para os trabalhadores dos serviços públicos é necessário identificar quais as mudanças na legislação trabalhista decorrentes da “Reforma Bresser Pereira” que foram significativas para determinar a condição atual desses trabalhadores. Tendo claro, ainda, que a desregulamentação do trabalho se dá, não apenas, pelas alterações jurídicas, legais e normativas, mas também pela implantação de uma lógica produtivista e mercantilizada, pela intensificação da exploração da força de trabalho, pela interferência na subjetividade dos trabalhadores, pela forte pressão de perda de emprego e direitos sociais.

Nesses termos, o governo FHC, para realizar a contrarreforma administrativa importou conceitos de gestão do Estado de países estrangeiros, principalmente da França e Inglaterra, e buscou introduzir no setor público elementos da administração privada. Separou a estrutura do Estado em esferas distintas com objetivo de enfraquecer os enfrentamentos dos servidores públicos. Além disso, o serviço público foi severamente impactado por tecnologias inseridas nos ministérios, secretarias e departamentos. E no que se refere à gestão do trabalho, foram realizadas alterações no discurso com o emprego de termos usados na administração pública, como, por exemplo, gestores públicos, metas, resultados e qualidade total. (DAL ROSSO, 2008).

Da mesma maneira, Cavalcanti expõe que,

O que se pretende com a chamada administração gerencial é utilização de técnicas similares às das empresas privadas, especialmente no tocante à redução de gastos, elevação da qualidade e da competição entre empresas.



Para tanto, far-se-ia uma estruturação progressiva com vistas aos resultados, reduzindo entraves burocráticos, por exemplo. (2002, p. 181)

Essas alterações, presentes do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), significaram repercussões de grande impacto ainda sobre a classe trabalhadora como a desregulamentação das relações de trabalho e as mudanças no regime de emprego, decorrentes dela. Processaram-se alterações no modo de contratação, através da flexibilização das formas de acesso ao trabalho, pela não exigência de concurso público, pela ausência de isonomia salarial e de planos de cargo e carreira e salários, não havendo, portanto, estabilidade no emprego. (MARCONSIN, 2010; SILVA, 2006).

De forma geral, na década de 1990, a legislação trabalhista foi modificada a fim de permitir às empresas e ao próprio Estado a admissão e demissão de trabalhadores conforme a necessidade de produção ou outros interesses.

As mudanças no arcabouço jurídico, mais significativas, direcionadas ao serviço público, conforme Souza foram:

- a) a *Emenda Constitucional nº 19 de junho de 1998* que promoveu mudanças significativas no setor público. Introduziu o princípio da eficiência no texto constitucional, alterando o Art. 37 da Constituição, moldando a administração pública a este princípio valioso do setor privado. Ela pôs fim ao Regime Jurídico Único instituindo outra forma de contratação para ingresso no serviço, através de contratos pela CLT, exceto para os cargos relacionados às “atividades exclusivas de Estado”. [...]
- b) a *Lei Complementar nº 96 de 31 de maio de 1999*, que deu um suporte fundamental no controle dos gastos com a força de trabalho, pois definiu os limites para despesas com pessoal, que não podem ultrapassar 50% da receita corrente líquida no caso da União e, 60% da receita corrente líquida, para os estados, municípios e Distrito Federal. Esses limites foram reafirmados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em 2000, por meio da Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000. [...]
- c) a *Lei nº 9 849, de outubro de 1999*, que altera alguns artigos da Lei nº 8 745/93, que dispunha sobre a contratação por tempo determinado de trabalhadores para atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público. Dentre as alterações efetivadas, uma merece relevância: a permissividade para prorrogar os contratos dos trabalhadores. [...]
- d) a *Lei nº 9 962, de fevereiro de 2000*, que formalizou a categoria de emprego público. Estabelece que os admitidos para o emprego público devem ser regidos pela CLT, podendo o ingresso ser através de concurso público, mas passível de demissão conforme os critérios também arregimentados para os estatutários. [...]
- e) a *Medida Provisória nº 1 970, de 21 de dezembro de 2000*, que criou o Programa de Desligamento Voluntário (PDV), a redução da jornada de trabalho com remuneração proporcional e a licença incentivada, que seria uma licença sem remuneração, mas com um incentivo de pagamento de seis meses de proventos. (2009, p. 155-7).

Esse conjunto de leis foi responsável pelas alterações nas bases jurídicas que concederam ao Estado a possibilidade de *flexibilizar* os contratos de trabalho nos serviços públicos, conduzindo grandes perdas para a classe trabalhadora no que se refere à estabilidade financeira, a garantia de emprego, à organização e a mobilização social.

No que concerne à *Emenda Constitucional nº 19 de junho de 1998*, podemos dizer que esta instituiu uma das principais derrotas da classe trabalhadora brasileira no âmbito dos direitos trabalhistas, uma vez que desestruturou toda estabilidade conquistada através da Constituição de 1988 pelo Regime Jurídico Único (RJU). Esse arcabouço jurídico definia normas referentes à contratação no setor público, como apresenta o trecho seguinte:

O regime estatutário, que tem suas origens na França, é caracterizado essencialmente por sua maior rigidez em relação ao regime celetista.

Nesse sentido, somente admite o ingresso nos cargos públicos por meio de concurso público, tem previsão de vencimentos em lei, normatiza também o número de cargos, prevê a estabilidade e maiores dificuldades à dispensa de servidor público, entre outros.

A Emenda Constitucional número 19, de 1997, retirando a obrigatoriedade do regime jurídico único existente até então, voltou – como ocorria em 1967 – a permitir a adoção de regimes diversos, isto é, podem ser adotados o regime estatutário e o regime celetista no âmbito da Administração Pública. (CAVALCANTI, 2002, p. 183).

Com a referida emenda, observou-se a adesão a um processo de desregulamentação das leis trabalhistas que implicou dentre outras consequências na ruptura da estabilidade e no término da isonomia salarial. E a incorporação da lógica administrativa do mercado privado para o setor público. Como apresenta Cavalcanti,

Tal emenda repensa a relação existente entre Administração Pública e seus servidores, reflexo do Estado globalizado, para modernizar o setor, reavaliando paradigmas de organização do trabalho dentro dos órgãos públicos, que devem passar a ser norteados pelos princípios da eficiência e da qualidade máxima. (2002, p. 182).

Ora, a permanência do trabalhador no posto, na condição de prestador de serviço ou celetista passa a seguir critérios de rendimento, bem como a depender do orçamento disponível para pagamento da folha salarial sujeito a cortes de gastos e consequente demissão por argumentos subterfúgios. Ou ainda, por razão de falta considerada grave. O que caracteriza uma condição de precarização dos vínculos empregatícios.

A *Lei Complementar nº 96 de 31 de maio de 1999*, por sua vez, ao definir a porcentagem limite de gastos com pessoal nos âmbitos municipal, estadual e federal, a União obriga o estado e os municípios a conterem gastos abriu caminho para a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (*Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000*) que seria aprovada no ano 2000.

Cumprir notar que uma das principais consequências da lei complementar nº 96 é a permissibilidade aos governantes lançar processos de demissão de empregados temporários e contratar novamente quando lhes convier, com o argumento de não superar os 50% da receita corrente líquida, no caso da União, e 60% da receita corrente líquida os estados, municípios e Distrito Federal com folha salarial.

Esse recurso, muitas vezes, é empregado quando interessa aos gestores contratar pessoas, por exemplo, por meio de indicação política com objetivo de construir uma retaguarda nos processos cotidianos de gestão e de trabalho, bem como fomentar grupos de cabos eleitorais disponíveis em períodos de eleição para realizar atividades de campanha, visando garantir a continuidade de determinado partido ou grupo político no poder executivo e/ou legislativo.

Ora, há verdadeiramente o controle da força de trabalho que diante da necessidade de sobrevivência limitada pela não ocorrência de concursos públicos, permite-se mercantilizar duas vezes seu trabalho, ao comprometer seu vínculo empregatício a elegibilidade do candidato em questão. Essa, porém, é uma “faca de dois gumes”, pois, na medida em que este condiciona sua empregabilidade ao mando do gestor, perde sua autonomia relativa enquanto ser humano trabalhador, permitindo ser conscientemente capitulado.

A partir da análise de Souza (2009), podemos dizer que a *Lei nº 9 849, de outubro de 1999*, soma-se às demais no processo de flexibilização das condições contratuais dos trabalhadores, uma vez que aumenta o número de atividades que podem ser contratadas de forma temporária. Além disso, permite que se mantenha a condição de contrato temporário, sem perspectiva de estabilização da carreira do trabalhador que fica condicionado à recontração, mesmo em atividades fins como as do setor da saúde.

Para Souza, a *Lei nº 9 962, de fevereiro de 2000*,

[...] permite a diversificação tanto das formas de ingresso no serviço público, como dos vínculos trabalhistas que passam a integrar trabalhadores com vínculos de estatutário, celetista, contratos temporários, bolsa salário, cargos comissionados e ainda, a terceirização através de cooperativas e organizações sociais. (2009, p. 157).

Como já se sublinhou, trata de fragmentar cada vez mais as modalidades de inserção nos postos de trabalho com o objetivo de fragilizar o trabalhador em sua estabilidade e dificultar o processo organizativo deste enquanto classe, na medida em que a instabilidade do vínculo tenciona a resistência do servidor pelo medo de perder o emprego.

De acordo com Cavalcanti, essa lei foi disciplinadora da Emenda Constitucional nº 19 ao estabelecer que o tipo de,

[...] regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional. Da análise da Exposição de Motivos nº 64, de 27 de outubro de 1998, vê-se que o legislador justifica o retorno à adoção do regime celetista no serviço público como regra como forma de desburocratizar, dar mais celeridade, eficiência e presteza à Administração Pública, parecendo entender que o regime estatutário tenha contribuído para gerar uma situação de déficit naquela. [...] Prevê a Exposição de Motivos: “Assim, mister se faz a pronta adoção do regime celetista no serviço público, dando cumprimento aos objetivos traçados na reforma Administrativa, que visavam à dinamização da atividade administrativa com redução de seus custos. [...] essa fórmula confere maior flexibilidade à relação de emprego no âmbito do Estado... tais vantagens representam considerável economia para as finanças públicas, em momento crucial de ajuste, de contas, dado o déficit elevado da previdência do setor público, incapaz de se auto sustentar, por falha estrutural de concepção”. (2002, p. 183).

A partir da análise da autora, podemos afirmar que o discurso de busca pela eficiência e eficácia é construído em detrimento da culpabilização do trabalhador como agente central da ineficiência e burocratização do estado e dos excessivos gastos públicos. Consubstanciada pela leitura de que os servidores acomodaram-se e não buscam a qualificação necessária para cumprir seus deveres técnicos.

Ademais, a *Medida Provisória nº 1 970, de 21 de dezembro de 2000*, através da criação do PDV, da remuneração diferenciada e da licença incentivada, complementa o processo de flexibilização da legislação trabalhista ao passo que instala o mecanismo de rotatividade e demissão “voluntária” numa conjuntura de instabilidade orçamentária.

Mais adiante, nos anos 2000, verificam-se pequenas mudanças no tocante a formalização do trabalho por meio de carteiras assinadas, entretanto, a condição do trabalho ainda é flexibilizada, como mostram os dados da Pesquisa Mensal do Emprego. Segundo a qual há um aumento da porcentagem de empregados com carteira assinada no setor privado, de 39,5%, em 2004 para 49,7% em fevereiro de 2012. Apesar das melhoras relativas à formalização de trabalho, mecanismos característicos da forma de organização de trabalho

vigente atualmente no mundo aparecem como, por exemplo, a diminuição de salários, salários por produção ou por peça, o acréscimo da jornada de trabalho no domingo e juntamente com isso a afirmação de contratos temporários e redução as contribuições sociais por exemplo. (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Não obstante, em se tratando do setor saúde no Brasil, observamos que:

[...] vem ocorrendo uma flexibilização do SUS, o Sistema Único de Saúde, tanto na direção da quebra dos seus princípios básicos (universalização, equidade, etc.) quanto na direção da modificação do trabalho para quem nos serviços do Estado, prestam cuidados à saúde da população. As mudanças operadas nas três esferas estatais (federal, estadual e municipal) vêm alterando os regimes de contratação de pessoal - flexibilização dos mecanismos de acesso ao trabalho em serviço estatal - pela não exigência do concurso público, de isonomia salarial, e de planos de cargos carreiras e salários e de contrato, a partir do que cessa a estabilidade no emprego. (SILVA, 2006, p. 100-1).

De modo a entender como as inflexões dessa conjuntura vêm atingindo o setor de saúde, em sua complexidade de disputas de projetos já estabelecida anteriormente ao processo de flexibilização advinda do novo complexo de reestruturação produtiva e do modo de acumulação flexível, valer-nos-emos, no próximo capítulo, do recurso à história para analisar as disputas de projetos de saúde no Brasil.

## CAPÍTULO II

### OS PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA E AS CONSEQUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO NO SETOR SAÚDE

*O SUS é nosso, ninguém tira da gente  
direito garantido não se compra e não se vende!  
(Palavras de ordem da Frente Nacional  
contra a Privatização da Saúde)*

#### 2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: histórico e disputas

Antes de atingirmos o atual estágio de organização da Política de Saúde no Brasil, várias perspectivas de modelos técnico-assistenciais foram experimentadas. O modo de organizar a atenção à saúde e a gestão da política social é influenciada pelas disputas entre os projetos antagonistas de classe. Nesse sentido, convém considerar a movimentação da relação capital e trabalho e as implicações desta para os serviços públicos de saúde e para os trabalhadores deste setor.

##### 2.1.1 Da filantropia às primeiras intervenções do Estado

Nos séculos XVIII e XIX, a assistência médica decorria de ações filantrópicas e liberais e de algumas iniciativas no campo da saúde pública com ações de vigilância do exercício profissional e campanhas sanitaristas limitadas.

Cumprir notar que a saúde apenas emergiu como “questão social” no Brasil no início do Século XX, quando no país o trabalho assalariado surgia no contexto da divisão do trabalho no bojo da economia capitalista exportadora de café e quando o movimento operário começou a reivindicar direitos no setor saúde. Desde então, algumas iniciativas de organização do setor surgem, sendo aprofundadas na década posterior. (BRAVO, 2006).

Em princípio, no início do século XX, a saúde pública brasileira foi influenciada pelos paradigmas da Polícia Médica Alemã, da Medicina Urbana Francesa ou pelo Sanitarismo Inglês, resultando num modelo de saúde de caráter autoritário e centralizado, o

chamado *sanitarismo campanhista*. Um modelo articulado de interesses econômicos agroexportadores para combater epidemias e endemias. (MOREIRA, 2004).

Nesses países centrais, a assistência à saúde dos trabalhadores sendo assumida pelo Estado, desenvolveu-se com a industrialização. E alguns direitos foram conquistados pelas classes trabalhadoras com mediação do Estado, agindo na manutenção da ordem social e mediando as relações entre as classes sociais. Essa intervenção se acentuaria nesse século com elaboração de Políticas Públicas para saúde, como segue:

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas. (BRAVO, 2006, p. 02).

Com características quase militares, as atividades de saúde pública no Brasil foram implantadas de forma autoritária, gerando oposição de grupos políticos e parte da população:

No início do século XX, campanhas realizadas sob moldes quase militares implementaram atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, o então Diretor Geral de Saúde Pública. O modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. (PAIM, *et. al.* 2011, p. 14).

Nesses termos, a maneira de o Estado Brasileiro intervir na área social dependia da vinculação dos indivíduos no mercado de trabalho. Aqueles que tivessem empregos esporádicos ou não fossem empregados eram assistidos de forma inadequada por serviços públicos, filantrópicos ou privados pagos com recursos próprios. Conforme se verá nas décadas de 1920 e 1930.

No início da década de 1920, surge no Brasil a vertente chamada *vertical permanente*, de influência americana, que acompanhou a rápida penetração do capital americano no Brasil, juntamente com os serviços sanitários da Fundação Rockefeller, isto é, postos sanitários permanentes. Essa vertente se organizava em torno de serviços de Centros de

Saúde e, suas ações foram privilegiadas na efetivação de cobertura tendo o apogeu nas décadas de 1940 e 1950. (MOREIRA, 2004; MERHY, 1992).

As mudanças advindas da entrada do Brasil no cenário agroexportador, na década de 1920 determinaram o destaque à saúde pública no discurso do poder. Com a crise política em trânsito no ano de 1922, a Reforma Carlos Chagas buscou ampliar os serviços de saúde em todo o país, sendo esta uma estratégia da União para aumentar o poder nesse período crítico.

No ano seguinte, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), através da lei Elói Chaves, como resposta as demandas de higiene e saúde do trabalhador, sendo esta a gênese do sistema previdenciário brasileiro. As CAPs possuíam três fontes de financiamento: as empresas empregadoras, os próprios empregados e a União, entretanto apenas as empresas de maior porte possuíam condições de financiá-las.

Essa iniciativa era gerenciada por gestores nomeados pelo presidente da República, tendo ainda participação paritária de patrões e empregados na administração delas. E os benefícios incluídos nela eram a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2006).

Foi a partir da década de 1930, que a intervenção estatal na saúde visibilizou-se, ou seja, foi no governo de Getúlio Vargas (1930-1945) e nos governos militares (1964-1984) que se expandiu o sistema de proteção social:

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-1984). O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. (PAIM, *et. al.*, 2011, p. 16-7).

Como já se sublinhou anteriormente, as transformações oriundas do processo de industrialização, da aceleração da urbanização desregulada com precárias condições de higiene e saúde e das reivindicações dos trabalhadores resultaram no surgimento de políticas sociais que atendessem os trabalhadores urbanos, segmento importante na nova conjuntura de acumulação capitalista,



A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2006, p. 03-04).

De caráter nacional, a Política de Saúde formulada nesse período apresentava-se em dois subsetores: o da medicina previdenciária e o da saúde pública. Esta se dedicou a constituição de condições sanitárias mínimas, sobretudo, para as populações urbanas e, minimamente, para a população do campo até a década de 1960. Aquela, por outro lado, sobressaiu-se após o ano de 1966.

A partir do estudo da autora, podemos elencar que o subsetor da saúde pública apostou nas campanhas sanitaristas, na coordenação dos serviços estaduais de saúde de pouco poder político-econômico, no controle de endemias rurais no interior atenta ao fluxo migratório para as cidades em franca expansão; no combate a endemias e na reorganização do Departamento Nacional de Saúde, responsável por vários serviços de combate a endemia, bem como a formação técnica de agentes de saúde.

Por outro lado, a medicina previdenciária cuja gênese se deu na década de 1930 com a concepção dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), tinha como foco atender as categorias de assalariados urbanos de forma antecipada, porém superficial, visto que as exigências destas categorias poderiam se aprofundar diante do quadro de precariedade imposta pela industrialização e urbanização.

Podemos dizer que, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986 *apud* Bravo, 2006), esse modo de intervenção na saúde advém em período (1930-1940) em que a previdência assume um caráter contencionista, diante do rápido e crescente número de trabalhadores assalariados. Havia uma preocupação com a contenção de reservas financeiras em detrimento da prestação ampla de serviços, tendo sido, inclusive, definido em legislação os limites orçamentários para as despesas com serviços médico-assistenciais hospitalares e farmacêuticos.

No período subsequente, isto é, nos anos de 1945 a 1950, a Política Nacional de Saúde que estava sendo gestada na década de 1930, foi institucionalizada. Durante a Segunda Guerra Mundial, foi criado o Serviço de Saúde Pública (SESP), sob tutela da Fundação Rockefeller e de órgãos do governo estadunidense.

Até o ano de 1964, excetuando-se poucos anos, não se conseguiu extinguir o quadro de doenças infectocontagiosas e parasitárias, bem como as taxas elevadas de morbidade e mortalidades infantil e geral.

A lógica privatista de atenção à saúde era fortalecida pela estruturação de hospitais, a partir da década de 1950, indicando a constituição de empresas médicas. Contrariando a pressão das corporações médicas que visavam à privatização dos serviços ligados a assistência médica previdenciária, o setor não fora entregue aos interesses capitalistas, atendendo aos trabalhadores nos serviços dos Institutos.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964, que será abordado a seguir. (BRAVO, 2006, p. 05-06).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos da América (EUA) estavam fortalecidos e fomentaram a lógica de atenção à saúde flexneriana e hospitalocêntrica, médico-centrada que se espalhava pelo mundo. No Brasil, após o golpe de 1964, fortalece-se o modelo de assistência previdenciária, mas sob o enfoque mercadológico *o modelo assistencial privatista*. (MOREIRA, 2004).

Na ditadura militar que se prossegue (1964-1984), o Estado intervém na “questão social” de modo a regular a sociedade e diminuir as tensões sociais, a partir da repressão, bem como da política assistencial. Desse modo, visa legitimar o regime e contribuir com a acumulação capitalista.

Dois anos após o golpe, a Previdência Social e os IAPs foram unificadas visando ampliar o papel do Estado interventor e retirar os trabalhadores do controle desse sistema, cabendo-lhes apenas o papel de financiá-lo.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. (BRAVO, 2006, p. 6).

Assim, em 1967, essa ação de unir os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) designa um nicho de mercado para as ações de empresas vendedoras de serviços médicos, fortalecendo a privatização do setor. (MACHADO, 2012).

Nos “anos de chumbo”, houve o predomínio da racionalidade capitalista, que medicalizou a vida social, impondo-se não apenas na saúde pública bem como na medicina previdenciária, sendo que esta última ganhou destaque, especialmente, após incorporação de ferramentas tecnológicas vindas do exterior.

O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional. (PAIM *et al*, 2011, p. 16-17).

Reformas governamentais impulsionaram a ampliação de um sistema de saúde, sobretudo, privado e localizado especialmente nos centros urbanos. Posteriormente a previdência social foi estendida para os trabalhadores rurais. De 1970 a 1974, recursos do orçamento da união foram disponibilizados para reformar e construir hospitais privados; os serviços de saúde foram ofertados aos sindicatos e casas de saúde filantrópicas prestavam assistência aos trabalhadores do campo. Seguidamente, as empresas que antes possuíam subsídios para atender aos seus trabalhadores, tinham descontos no imposto de renda, o que induziu a ofertar cuidados médicos e ampliação dos planos de saúde. (*Idem*, 2009).

Teixeira (1986 *apud* Bravo, 2006) levantou algumas características no modelo de saúde privatista que se impôs nessa conjuntura, sendo elas a ampliação da cobertura da medicina previdenciária, inclusive para trabalhadores rurais, domésticos e autônomos; foco numa prática assistencial curativa, individual e especializada, sendo esta articulada com interesses do capital internacional através das indústrias farmacêuticas e da venda de equipamentos hospitalares; concepção do complexo-médico-hospitalar em consonância com o movimento de acumulação nesse setor; a intervenção do Estado para o desenvolvimento de

uma prática assistencial voltada para a geração de lucro numa lógica privada; e o direcionamento de prática médica com diferenciação no atendimento por tipo de clientela e pelo objetivo do tratamento.

Diante do quadro de insatisfações sociais e populares, e não conseguindo solidificar sua supremacia, os generais da ditadura brasileira tiveram que modificar a tática, estabelecendo diálogo com a sociedade civil. Assim buscou-se maior efetividade no enfrentamento das expressões da “questão social” no período de 1974 a 1979.

Com a caracterização da Política Nacional de Saúde como campo de interesses do Estado ditatorial e das corporações médicas, realizar mudanças nessa política predominantemente vinculada à Previdência Social foi um desafio, mas se retomou o investimento em ações de saúde pública, evidenciando incongruências no sistema de saúde na época. (BRAVO, 2006)

### *2.1.2 Da Reforma Sanitária Brasileira à ofensiva neoliberal e o desmonte contemporâneo.*

Sucedeu-se ao período ditatorial um cenário de efervescência política que forçou um processo de democratização no Brasil nos anos 1980, pela superação do regime ditatorial.

Essa conjuntura esteve diretamente ligada às propostas para o setor saúde que assumiam uma dimensão política, associada à democracia, estando entre elas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 09).

Essas propostas foram debatidas em várias reuniões de sujeitos coletivos e apresentadas pelo movimento de Reforma Sanitária posteriormente na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Contrariando a perspectiva das reformas de cunho neoliberal alastradas no restante do mundo que discutiam se o Estado de Bem-Estar social deveria ser mantido, a RSB começou a se desenhar em 1970, seguindo a luta pela redemocratização do país. A defesa da saúde não apenas como um aspecto biológico, mas como uma questão social e política a ser

debatida no espaço público era a concepção do movimento sanitarista composto por movimentos de base, por população de classe média e sindicatos, sendo alguns associados aos partidos políticos de esquerda que eram ilegais na época. (PAIM *et. al.*, 2011).

Conforme Soares,

A crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos 1970, contribuiu decisivamente para o fim do regime autocrático instaurado em 1964 e, com isso, para a institucionalização legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988- dentre elas, o Sistema Único de Saúde (SUS). No tensionamento e crise do regime autocrático, o movimento sanitário integra o conjunto dos movimentos sociais que eclodem naquele momento, lutando pelo direito universal à saúde pública, pela democratização do Estado brasileiro e por uma racionalidade política que superasse o modelo autoritário e fragmentado da política social brasileira. (2012, p. 86).

Assim, no bojo da crise, a reivindicação de construção de um sistema de saúde que ofertasse o direito universal de acesso aos serviços públicos de saúde de forma digna estava entre as pautas dos movimentos que lutavam pela redemocratização do país.

Um episódio de significativa importância que aconteceu nesse período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde que debateu temas que posteriormente seriam aprofundados no processo da constituinte de 1988. Nesse percurso, dois grupos se enfrentavam claramente: o dos grupos empresariais, relacionados ao a Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas e o grupo que fomentava a luta pela reforma sanitária, representado pela Plenária Nacional pela Saúde.

Partindo do relatório final desta conferência, a Reforma Sanitária pode ser oficializada e vista como um conjunto de políticas articulado, “projeto” que fora formalizado na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde em 1990 (L.O.S. 8080/90), envolvendo um movimento denominado “Movimento Sanitário, que possuía um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais comuns.” (PAIM, 2009).

Para Soares,

Esse movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social-democracia. Porém, em comum a esse movimento, havia a defesa explícita da emancipação política-seja como estratégia para a emancipação humana, seja no limite desta ordem societária. [...] Havia assim, um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do

movimento: com uma concepção de saúde que não estava restrita ao corpo e ao indivíduo, mas que estava centrada na coletividade, na estrutura social e nas classes sociais. (2012, p. 87).

Apesar da diversidade de interesses estratégicos, a confluência de interesses táticos permite a elaboração de propostas que, dentro da ordem estabelecida, enfrentaram questões importantes como o direito universal à assistência a saúde e à participação popular.

A partir de Bravo (2006), podemos extrair que a Constituição de 1988, no que concerne à saúde, incorporou as principais reivindicações desse movimento sanitário em detrimento dos interesses empresariais, todavia, não interferiu na situação das empresas farmacêuticas. Aprovou-se o direito universal à saúde e o dever do Estado em ofertá-la; a regulamentação, a fiscalização e controle das ações e serviços públicos pelo poder público; a definição de uma rede de saúde hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atenção integral, com participação popular. Além disso, foi determinado que a participação do setor privado se desse de forma complementar ao sistema único de saúde, dando-se preferencialmente através de entidades filantrópicas e ficou proibida a comercialização de sangue e derivados.

Nessa tentativa de fortalecer uma perspectiva de atenção à saúde no Brasil, mais voltada à realidade do país, num cenário de resistência as ofensivas neoliberais é que:

No final dos anos 80 e início da década de 90, a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, contemplaram um sistema de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) - baseado no modelo de reforma sanitária propugnado, em parte, pelo Movimento Sanitário que defende os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. (CORREIA, 2007, p. 01)

O texto constitucional, entretanto, apresentou debilidades no tocante ao financiamento do sistema, uma vez que não definiu o percentual dos orçamentos originários. Também não estabeleceu a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para fiscalização da produção de medicamentos e no que se refere à saúde do trabalhador não forneceu ao trabalhador o direito de acesso às informações sobre a insalubridade dos locais de trabalho. (BRAVO, 2006).

De acordo com a autora,

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio

popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (Ibidem, p. 12).

A década de 1990, por sua vez, representou um verdadeiro retrocesso no processo da RSB. Tendo em vista a ofensiva neoliberal e o ajuste macroeconômico que se verificou nos governos pós-impeachment de Collor de Melo. De acordo com Paim (2009), esses governos foram incapazes de fazer a RSB avançar. Para o autor, o que ocorreu foi uma “implantação tortuosa do SUS”.

Firmou-se um intenso ataque do grande capital, combinado com grupos dirigentes, sendo a reforma da previdência e das leis que regulamentam as relações de trabalho um exemplo dessa aliança em detrimento da reforma da seguridade social. Como discorre Bravo:

Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro. (2006, p. 13).

Assim, a materialização da reforma sanitária e do SUS, de acordo com o que está disposto na legislação, tem encontrado limites procedentes da crise do capital e das nuances dela nas especificidades da sociedade brasileira. Nesse sentido, Soares afirma que:

[...] as respostas à crise do capital, mediadas pelas particularidades e características da estrutura social e do Estado brasileiros, tornaram-se os limites para a materialização da reforma sanitária e do SUS conforme seu marco legal constitucional e suas leis orgânicas. A mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, a ascensão do pensamento pós-moderno e a contrarreforma do Estado integram esse conjunto de respostas cuja finalidade precípua é a maximização e expansão do capital. (2012, p. 87).

Nesse cenário, é preciso entender os meandros da movimentação do capital para recuperação do seu padrão de lucro em cenário de crise que se desenrolou pós- anos 1970 e o papel do Estado nesse processo.

Interessa-nos apontar que o debate acerca das atribuições do Estado na sociedade vem de longa data, sendo objeto de estudo de vários pensadores. Da mesma maneira, outra

discussão que se comunica com o anterior diz respeito às determinações do público e do privado, sendo o primeiro tido como o âmbito que é domínio de todos e o segundo como o que se refere às opções individuais, ao que “é de casa” e a natureza pública das ações que cabem ao Estado enquanto mediador das classes sociais.

Ao fazer referência a esse debate, Vianna (2008) traz à tona premissas importantes sobre a forma que as relações público-privadas são tratadas atualmente. A autora afirma que as controvérsias a respeito do caráter do Estado Moderno são muitas, mas entende que uma idéia que prevalece é a de que a convivência social é possível apenas com a subordinação dos interesses privados à autoridade pública, isto é, ao Estado e às leis.

Atualmente no Ocidente, especialmente no Ocidente desenvolvido, prevalece como modo de institucionalizar a relação de subordinação de interesses, a denominada democracia, mesmo que burguesa, em que a administração dos conflitos e desigualdades se deve a ações do Estado. Assim, as questões referentes à reprodução da força de trabalho, relacionadas com as demandas das desigualdades expressivas da questão social, cabem ao Estado de modo a minimizar as ameaças à ordem socioeconômica vigente. Função esta que foi destacada como resposta às pressões da luta organizada da Classe Trabalhadora, pós-prevalência do modelo taylorista-fordista de produção, com a constituição do Estado de bem-estar social na Europa.

No Brasil, essa formulação não chegou a se desenvolver, contudo, o modelo de Seguridade Social e a Constituição de 1988 foram influenciados por essa perspectiva e tem sido alvo de duelos político-ideológicos entre os setores antagônicos da sociedade brasileira, vide os discursos de ajuste fiscal que se alardeiam quando se fala em qualquer proposta de reforma social, a exemplo da reforma da previdência.

O teor do discurso que tem prevalecido nos dias atuais quando se fala em Política Social é explorado em duas estratégias nomeadas pela autora como o empreendedorismo à Yunus (“inovação empreendedora”) e o Assistencialismo à la Madre Tereza de Calcutá, como proposta de substituição da concepção universalista de Estado de Bem-estar que estaria ultrapassada e antiquada. Para explicitar as estratégias, a autora utiliza a sociedade indiana como cenário de estudo. De onde, a mesma consegue extrair nortes da racionalidade neoliberal que se expressa nas políticas sociais de diversos países do mundo, inclusive no Brasil.



Apontamos que a primeira estratégia de enfrentamento da questão social teria, ainda segundo a autora, três premissas, sendo elas as seguintes:

1) *Uma visão reducionista da questão social, sendo esta vista como pobreza.* Nessa premissa, a pobreza é compreendida como a falta de dotes (escolaridade, aprendizado do auto-cuidado com a saúde e a habilidade em saber administrar a renda). Nesse caso, é preciso possuir esses dotes para superá-la. A superação necessita, entretanto, de incentivos a partir de microcréditos que sejam o passaporte para o mundo da riqueza;

2) *O anacronismo das Políticas Públicas de caráter coletivo e universal.* Como a proposta de Políticas Públicas nos moldes do Estado de bem-estar social desperdiçam recursos, é antiquado investir no enfrentamento da questão social de forma universalista. Inovador é direcionar políticas aos indivíduos e pequenos setores que demandem ações específicas para grupos minoritários e vulneráveis como, por exemplo, a população negra, em especial as mulheres, os povos indígenas e LGBTs.

3) *A inclusão dos cidadãos se faz pela produção e consumo.* Superando a idéia de inclusão social por meio de direitos civis e políticos, aposta-se na inclusão por meio do mercado. Logo, aquele que tem condições de consumir é portador de direitos.

A segunda estratégia levantada por Vianna (2008) é a do assistencialismo à maneira Madre Tereza de Calcutá. Essa estratégia tem o foco naqueles que precisam do Estado, focalizando Políticas Públicas para as populações tidas como “vulneráveis”, como se expressa nas palavras do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011): “Política social é política para pobres”. As premissas dessa estratégia levantadas pela autora são:

1. A política social é concebida como política assistencial para os pobres, como medidas de alívio da pobreza. Tal concepção refuta a formulação de autores clássicos, segundo a qual a política social tem a função de proteger a **sociedade como um todo** dos riscos que a expansão do mercado acarreta, em particular das desigualdades que, no limite ameaçam a própria integridade do tecido social<sup>7</sup>.

2. Associada a essa premissa, há uma segunda, que identifica política social com bondade, entendimento que de novo refuta todos os clássicos, desde Maquiavel, mas que vai além, pois possibilita desconsiderar como sociais outras políticas fundamentais para o enfrentamento da questão social, especialmente a previdência social. A previdência passa a ser matéria de especialistas em finanças públicas que em geral a apresentam como o saco de maldades que precisa ser extirpado.

3. Uma terceira premissa, necessária para caracterizar a estratégia como inovadora e, pois, diferenciá-la do assistencialismo tradicional, é que essas

novas políticas para os pobres, ao implicarem certas condicionalidades, funcionam como mecanismos de empoderamento. A comunidade, o que equivale a dizer *os beneficiários das “ações positivas”*, é incentivada a participar de conselhos, a frequentar cursos, a valorizar a escolaridade, etc. (2008, p.16)

Podemos inferir, então, que as estratégias em conjunto asseguram a desresponsabilização do Estado nas suas tarefas sociais, repassando-as aos setores da sociedade civil e do mercado, bem como criando a ilusão de envolver a sociedade na valorização do mercado e do capital como alternativa para as mazelas sociais.

Silva afirma que:

[...] assistimos a um largo processo de desmonte das políticas sociais, sobretudo aquelas mais universais, destinadas a reprodução social da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas, donos do capital que porta juros. E os mecanismos estratégicos para tanto são a transferência crescente de recursos sociais para a esfera financeira por meio das contra-reformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública. (2011, p.10)

Observamos uma tensão constante entre as necessidades dos trabalhadores e do capital na disputa pelo fundo público. Nessa disputa, pela correlação de forças, por enquanto, o capital tem conseguido impor sua hegemonia. De modo que se verifica uma ampliação da “apropriação privada de parte do fundo público pelos donos do capital portador de juros”. Essa mercadoria é resultado do avanço de produção e reprodução do capital que se conduz a transformação do dinheiro em si em mercadoria

A autora, resgatando a produção de Karl Marx sobre o tema, esclarece que, todavia, essa forma de mercadoria - capital portador de juros - não possa ser vendida nem comprada, mas que apenas pode ser dada em empréstimo e que sempre existiu na história, mas que na sociedade capitalista, em tempo de financeirização, tornou-se mercadoria com todas as suas especificidades, como se vê a seguir:

O capital que porta juros sempre existiu na história, antes mesmo da sociedade capitalista de produção, na forma de capital usurário. Mas é na sociedade capitalista que esta forma de capital torna-se mercadoria específica com valor de uso e valor. O valor de uso do capital que porta juros é o de ser utilizado como capital, impulsionando a produção de valor por meio do capitalista funcionante. Este é definido por Marx como o capitalista que investe diretamente no processo produtivo, que compra meios de

produção e matéria prima e ao final do processo de produção obtém uma nova mercadoria, acrescida de valor – por meio da mão do trabalhador, pois só o trabalho vivo cria mais valor (Ibidem, p.11).

É seguindo esse mecanismo que a lógica de financeirização das relações sociais atinge o fundo público, destinado à reprodução social da classe trabalhadora e à implementação das políticas sociais. Assim, as políticas sociais são modificadas em função de ajustes fiscais e apropriação de recursos da Seguridade Social para o rentismo nos países centrais, bem como, nos países periféricos. Destarte,

[...] uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais tem sido a captura do fundo público para a alimentação direta do capital que porta juros, no qual o papel da dívida pública tem sido central. A dívida pública constitui-se em um dos principais instrumentos de dominação dos rentistas e do grande capital sobre os países periféricos. (Ibidem, p.13)

Além disso, a partir da expansão de créditos para os aposentados, da ampliação dos fundos de pensão, da criação de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), do repasse de recurso para financeiras de benefícios assistenciais, o capital portador de juros recai sobre a reprodução social da força de trabalho, mercantilizando o que lhe convém para tal. Como descreve a autora,

A lógica de financeirização das relações sociais atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora e as políticas sociais transformam-se em alvo prioritário de mudanças e ajustes, tanto nos países centrais do capitalismo, como nos países periféricos. O repasse de recursos da Seguridade Social para o rentismo, a extensão do crédito aos aposentados, a remuneração de instituições financeiras para operacionalização de benefícios assistenciais, a expansão dos fundos de pensão, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, etc; por meio desses e outros mecanismos o capital portador de juros incide sob a reprodução social da classe trabalhadora e a transforma em meios de valorização altamente lucrativos. (Ibidem, p.13).

A autora acrescenta que um dos principais mecanismos de repasse de recursos das políticas sociais do Brasil para a modalidade de capital portador de juros é a Desvinculação de Receitas da União (DRU). Através da DRU se transfere 20% dos recursos da Seguridade Social para o orçamento fiscal com objetivo de aumentar o superávit para pagar a dívida pública. Logo, há uma canalização direta de recursos do fundo público para o mercado financeiro.

No que concerne à previdência social, os últimos governos, por meio das contrarreformas tem destruído direitos e incentivado a previdência privada através dos fundos de pensão, como também a operacionalização da distribuição das aposentadorias e benefícios previdenciários. Acresce ainda, que no âmbito da assistência social tem se repassado das ações ao terceiro setor e tem se dado ênfase nos programas de transferência de renda, que necessitam dos bancos para suas transações.

O setor de saúde se torna cada vez mais significativo quando o objetivo é aumentar os lucros capitalistas, visto que é fonte rentável e de supercapitalização. Assim, Silva discorre que:

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde seguro saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros. (2012, p. 88).

Como o objetivo é supercapitalizar e ampliar o capital portador de juros, a atuação sobre o processo saúde-doença torna-se fonte de lucro, o que implica colocar os serviços de atenção à saúde no campo privado e, portanto, precarizar, fragmentar, focalizar e deslegitimar ideologicamente qualquer iniciativa pública com característica universalista.

Com a mercantilização crescente da saúde, com a responsabilização de setores da sociedade civil para assumir a crise e com a refilantropização dos cuidados para reduzir custos o que se verifica é a fragilização do projeto da RSB.

A contrarreforma neoliberal, iniciada ainda no governo de Collor de Melo, acirra-se no Governo FHC com a criação do MARE sob comando de Bresser Pereira. O plano de Reforma Administrativa conduzido por esse ministério colocou a saúde como setor de execução não exclusiva do Estado, dando margem à prestação e gestão de serviços por organizações sociais. Devido a resistência às propostas neoliberais o governo não obteve êxito na implementação da reforma, tendo sido implantada em poucos estados.

No projeto do MARE, Bresser Pereira propôs uma reforma gerencial na saúde, fundida na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que fora inspirada no modelo Inglês. De acordo com a pesquisadora, três idéias básicas baseiam a NOB 96, a saber: a

descentralização da administração e regulação dos gastos; a criação de uma espécie de mercado competitivo entre serviços hospitalares e ambulatoriais especializados; a transformação de hospitais em organizações públicas não estatais e a criação de uma porta de entrada no sistema constituída por médicos clínicos ou de família contratados ou servidores do Estado.

Dentre as estratégias da Contrarreforma na saúde estão a precarização do SUS, a expansão focalizada, fragmentada e desigual do sistema por entrelinhas na legislação como ocorre na NOB 96.

A continuidade da contrarreforma da Política de Saúde ocorreu no governo Lula, quebrando as expectativas de fortalecimento da RSB, com a elaboração de um projeto de privatização das políticas na forma de FEDP, pactos e planos de desenvolvimento. Como podemos ver a seguir:

[...] uma nova etapa da contrarreforma na Política de Saúde ocorre no governo Lula que , além de dar continuidade na Política de Saúde ocorre no governo Lula, que além de dar continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social, implementa uma série de mudanças que o seu antecessor não conseguiu: dentre elas, destacamos a segunda etapa da contrarreforma da previdência social [...] o governo Lula expressa em suas ações o tensionamento dessa política através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurando na forma de fundações estatais de direito privado, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária (SOARES, 2012, p.91).

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva representou um feito histórico para o país, visto que se elegera um primeiro “representante dos trabalhadores”. A vitória de Lula teria sido uma resposta ao projeto neoliberal imposto nos anos de 1990 pelos governos anteriores (BRAZ, 2004 *apud* BRAVO; MENEZES, 2011). Mesmo com dificuldades atribuídas a conjuntura, e com os acordos estabelecidos com grupos econômicos e partidários, esperava-se que mudanças se efetivassem nas políticas sociais e nos canais de participação popular.

Contudo, análises realizadas sobre a economia, mostram que a política macroeconômica foi mantida: superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU); política de exportação, baseada no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União. Acresce que se manteve políticas focais em detrimento do direito universal (BRAVO; MENEZES, 2011).

Outro fator a se observar no impasse da RSB é o transformismo por qual passaram as lideranças das forças sociais envolvidas com a luta em defesa da saúde. Muitos dos militantes foram cooptados, incorporando o discurso de modernização e flexibilização da reforma sanitária e colaborando com a elaboração e defesa da criação de mecanismos eficientes e modernos de gestão. Como argumenta Soares,

Se o movimento de reforma sanitária já vinha em processo de refluxo e fragmentação, no governo Lula ocorre de fato o transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre elas, as do movimento sanitário. Isto possibilita aos muitos defensores da saúde pública se engajarem na produção e defesa de “inovações” na gestão da Política de Saúde sob argumento da reatualização e modernização de reforma sanitária, quando, na verdade, a estão negando (2012, p.93).

No primeiro mandato desse governo (2002-2006), a Política de Saúde no programa de governo é afirmada como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Por esse motivo havia uma expectativa de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária. No entanto, observou-se o prosseguimento da Política de Saúde que vinha se desenrolando nos anos 1990, com direito à focalização, precarização e terceirização do trabalho, ao desfinanciamento e o desinteresse político de materializar a concepção de Seguridade Social.

No segundo mandato (2007-2010), Paim (2008 *apud* Bravo e Menezes, 2011) avalia que o plano de governo já não expressa o compromisso com a RSB ao não fazer referência às reivindicações centrais do movimento sanitário (financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho). Embora o ministro José Gomes Temporão tenha abordado questões polêmicas a serem debatidas e solucionadas na saúde brasileira como o tema da legalização do aborto, da publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de se realizar fiscalização das farmácias, da quebra de patentes, este não enfrentou os temas centrais nas reivindicações do movimento sanitário. E apresentou propostas divergentes da defesa da RSB como a criação de FEDP.

As FEDP têm seu marco legal instituído na contrarreforma de Bresser Pereira e propõe alterações significativas na condição de contratação dos trabalhadores da saúde e de participação da sociedade nas decisões como, por exemplo, a contratação por Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), não valoriza a participação popular criando conselhos curadores e não considera a luta por planos de cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde.

Podemos dizer que Correia (2009) afirma que os fundamentos do Projeto das FEDP são referendados no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, mais conhecido como Programa Mais Saúde que fora lançado em dezembro de 2007, ainda no Governo Lula. Este programa propõe a criação de um novo modelo de gestão em que o setor da saúde se consolide como gerador de empregos, renda e de divisas, com incentivo do governo, mas também da iniciativa privada. Nesse caso, o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços e assume o papel de coordenar os serviços executados pela FEDP. Considera-se então como privatização o repasse do dinheiro público para essas entidades.

No governo seguinte, a presidenta Dilma (2011 até os dias atuais) logo em seu discurso de posse destaca que estabelecerá parceria com o setor privado, o que já denotava preocupação com os rumos da Política de Saúde. Pensamento condizente com o discurso de Dilma apresenta o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, que em seu mandato tem dado apoio a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), mesmo após resistência e negação destas formas de gestão na última Conferência Nacional de Saúde.

Dizemos, então, a partir de Bravo e Menezes (2011), que permanecem, assim, em disputa dois projetos políticos na saúde: o privatista e o da Reforma Sanitária.

Por outro lado, Soares, afirma que “ [...] fundamentalmente existem três grandes projetos em confronto na Política de Saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária”. (2012, p.93).

Os dois primeiros já foram bem explorados aqui nesse texto, o último, por sua vez, surge como novidade na conjuntura e sobre ele discorreremos a seguir.

O “Projeto SUS Possível” compreende elementos daquele defendido pelas lideranças da RSB de outrora, todavia, perante as contradições e dificuldades impostas pela conjuntura propõe a flexibilização ou reatualização/modernização da RSB. Para a autora, esse projeto acaba favorecendo a ampliação dos espaços do projeto privatista e somando forças numa mesma racionalidade.

Revestido por um discurso de flexibilização da máquina pública, outro mecanismo de desvio do fundo público em forma de capital portador de juros é a entrega da gestão de Políticas Públicas (“novos modelos de gestão”) via financeirização por dentro do Estado. Assim, de forma convergente, iniciativas dos governos brasileiros, balizadas pelo

relatório do Banco Mundial sobre o SUS, fortalecem o projeto do “SUS possível” e acumulam, na verdade, forças para o projeto privatista.

Considerando as peculiaridades da racionalidade neoliberal que atinge o setor saúde, Soares (2012) elenca algumas características identificadas no tocante à contrarreforma aplicada a esse setor. Para ela, o processo não ocorreu de modo explícito, pelo contrário, os novos modelos e instrumentos de gestão foram sendo incorporados à legislação e o subfinanciamento sob os argumentos de necessidade de eficiência, austeridade e modernização da Política de Saúde. A contrarreforma realizou uma ampliação dos serviços de forma precarizada, fragmentada e restrita que, a nosso ver, contribuiu cada vez mais para justificar a valorização do privado. Soma-se, ainda, a adaptação dos princípios e diretrizes do SUS e do projeto da RSB para se justificar as mudanças propostas e o transformismo de lideranças do movimento sanitário que incorporaram o discurso do SUS possível, compondo a equipe de elaboração e de defesa da contrarreforma.

A partir da leitura da mesma autora, podemos dizer que ela estrutura em três eixos o que seria o cerne da racionalidade da contrarreforma no setor saúde, sendo eles:

1) *Saúde e Desenvolvimento*. Nesse caso, a saúde compõe o modelo de desenvolvimento, que estimula o financiamento público e privado de produtores; dá condições de abertura maior ao setor suplementar; investe no SUS, mas permitindo a convivência das parcerias público-privadas. A saúde é vista não só como um direito, mas também como alvo de investimento público e/ou privado. Essa caracterização dá uma ênfase na saúde fonte de lucratividade do capital, embora ainda considere às demandas das classes trabalhadoras.

2) *Redefinição do público estatal*. De modo a justificar uma redefinição da característica público estatal para os serviços na saúde, o próprio Ministério da Saúde empreende a transferência da lógica privada de forma institucionalizada e a racionalidade empresarial para dentro do espaço público, sob o argumento da necessidade de superação da burocracia e rigidez própria da gestão do Estado brasileiro, da ineficácia e anacrônica da estrutura diante das demandas tecnológicas e organizacionais modernas.

3) *“Novos modelos e Instrumentos de gestão”*. Encontrados na gestão pública, nas instituições geridas por fundações, organizações sociais e serviços privados que possuem convênio com o SUS são apostas sugeridas pelo Banco Mundial e já apresentadas ao Brasil



pelo MARE no governo de FHC como ferramentas inovadoras para superação da burocracia e ineficácia mencionada no item anterior. Com esses instrumentos, há uma perda considerável de espaço de participação e controle social produtos da Constituição de 1988.

Ao se resgatar alguns apontamentos do Banco Mundial a respeito do Sistema de Saúde Brasileiro no documento “Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos (2007)”, infere-se que o relatório indica a necessidade de aperfeiçoamento da gestão dos recursos públicos no setor saúde. É nesse sentido que vem a sugerir a criação dos novos modelos de gestão. Como se vê no trecho seguinte:

Nesse sentido, o estudo fornece uma base valiosa para o aperfeiçoamento de todo o ciclo de processos na gestão de recursos públicos (planejamento, orçamentação, execução do orçamento, gestão de insumos, e produção de serviços de saúde) no setor saúde, que em seu conjunto ajudam a sustentar a boa governança na prestação de serviços de saúde. (BANCO MUNDIAL, 2007, p.ii).

Outro trecho que é emblemático no que diz respeito ao quesito de participação popular e controle social tão caro ao movimento de redemocratização no Brasil, afirma que os Conselhos de Saúde são contra produtivos e insuficientes. Conforme, excerto abaixo:

A participação dos vários atores envolvidos, incluindo as estruturas previstas de prestação de contas, como os Conselhos de Saúde, é insuficiente, em geral ineficaz e potencialmente contra produtiva. (Ibid, p.iii).

Ao apontar a improdutividade ou contra produtividade dos conselhos de saúde, o mesmo vem incentivar a extinção destes, condição que é imposta nas “novas formas de gestão” ao se instituir conselhos administrativos com representatividade simbólica e insuficiente da sociedade civil organizada.

A partir da racionalidade descrita anteriormente, podemos dizer que Soares (2012) identifica tendências objetivas que impactam as práticas de saúde. A seguir:

- *A tecnificação da saúde:* Refere-se à incorporação de novas ferramentas tecnológicas em equipamentos, bem como no processo de gestão através de pactuações, contratualizações, metas, gestão por fundação estatal ou por organização social;

- *A Ampliação restrita:* Embora ocorra uma expansão no sistema de saúde, o que verifica é o caráter focalizado, fragmentado e precarizado e a debilidade no atendimento da universalidade das demandas;
- *Ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial:* Ao contrário do preconiza o movimento sanitaria, dá-se atenção a práticas de caráter curativo e de emergência, focada em grupos pauperizados das classes trabalhadoras. Sendo a atenção à saúde direcionada para o indivíduo e a condição de assistência emergencial, ações de cunho educativo e de formação política para a defesa dos direitos ficam no esquecimento. Esse retrocesso tem por objetivo favorecer o projeto privatista, nos moldes das recomendações do Banco Mundial;
- *Privatização e mercantilização da saúde pública-* É presente de diversas maneiras no SUS, entretanto, nos últimos anos, expressam-se através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações e outras) para gerenciar serviços de saúde, administrando o recurso público. Além disso, a lógica privada também está presente em diversos convênios estabelecidos com entidades privadas.
- *Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública-* A condição de precarização e superexploração do trabalho identificada no setor saúde, decorrente das mudanças empreendidas da legislação trabalhista nos anos 1990 é acentuada com as novas formas de gestão, visto as programações de metas, a expansão dos contratos temporários e dos contratos por meio da CLT, e da demanda acentuada pelo adoecimento da população como expressão da questão social nos tempos atuais. O controle e intensificação de trabalho no sistema, como forma de buscar eficiência e eficácia na gestão, numa racionalidade empresarial produtivista contribui com o aumento da superexploração dos trabalhadores da saúde;
- *Promoção da saúde restrita-* Também contrariando as propostas da RSB, que prima por ações que contribuam com a eliminação dos determinantes sociais da doença, e diante dos limites históricos da Política de Saúde e da estrutura social brasileira, aposta-se em práticas de promoção da saúde focadas no indivíduo, responsabilizando-o pelo processo saúde-doença.

Desde a aprovação do Artigo 199 da CF de 1988, já ficava livre à iniciativa privada atuar, de forma complementar, prestando serviços de saúde à população. Esse artigo

da CF oficializa condições que já existiam anteriormente, mas ao não se fixar que o Sistema de Saúde tem caráter 100% estatal e público, deixou-se margem a expansão do setor privado. Já em sua gênese, o SUS combinava o paralelismo Público e Privado, característica dada pela disputa de forças de projetos socioeconômicos e políticos na época ainda presente nos dias atuais.

Embora a legislação possa ser mudada a partir da correlação de forças e, numa conjuntura desfavorável para as classes trabalhadoras, possa ter pouco significado de resistência, essa representou uma primeira derrota da RSB, que seguidamente foi sendo desgastada pelo subfinanciamento e pela disputa ideopolítica com o setor privado.

Não obstante, os planos de saúde ter relações contratuais autônomas com o SUS, ao final dos anos 1980, passaram a ter apoio de financiamento público para sua empreitada inicial, auxílio que foi mantido posteriormente com a renúncia fiscal no imposto de renda. Essa facilidade juntamente com um esforço de precarização e descredenciamento do SUS para assistir as necessidades de saúde da população houve um aumento considerável de pessoas que passaram a estabelecer negócios com planos de saúde. De acordo com pesquisas de base amostral (IBGE, 2010), entre os anos de 2003 e 2008, houve um crescimento de 6,1 milhões de brasileiros que contrataram seguros privados de saúde (ANDREAZZI, 2012).

Outro dado apresentado pela autora a partir de pesquisa da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) no ano de 2004, em relação ao gasto da população brasileira com saúde aponta que o gasto total do Brasil correspondia a 7,9% do PIB que correspondia a 51,9% do total e que o gasto direto das famílias representava 64% do gasto privado. Mesmo que esse dado se refira principalmente as famílias mais ricas, as mais pobres também gastaram diretamente com saúde, especialmente com medicamentos. Assim em 1987 o gasto em consumo das famílias com renda de até dois salários mínimos com saúde era de 6,3%, passando a 9,6% em 1996.

A precarização do SUS abre portas para o crescimento do mercado de planos de saúde, que posteriormente em 2000 passaria a ser regulado, controlado e fiscalizado pela Agência Suplementar de Saúde (ANS). Como mecanismo para justificar a proposta neoliberal de regulação do mercado por meio do Estado, esse tipo de agências “autônomas” são implantadas por orientação do Banco Mundial para a área (SOARES, 2012).

Podemos dizer, a partir do que Andreazzi (2012) afirma em seu estudo, que nos anos 2000, observam-se três fenômenos relativos à oferta de serviços de saúde, a seguir:

1) *A consolidação do grande capital nessa área e a vinculação deste a empresas de seguro privado.* Citando pesquisa do IBGE de 2006, verifica-se que houve um aumento significativo do Setor de Serviços Auxiliares de Diagnósticos e terapêutica, sendo este um dos elementos importantes do complexo *médico-industrial-financeiro* na atualidade, e no qual se concentram os interesses privados, que detêm 92,4% do total de estabelecimentos desse tipo.

2) *A privatização por meio da terceirização e inovações gerenciais como as Fundações Privadas de Direito Privado e Organizações Sociais.* A conjuntura da mundialização financeira e a contrarreforma do Estado induzem a busca por eficiência, flexibilizando-se para contribuir com o ajuste fiscal. Assim vale repassar os custos para a sociedade e atribuições para gestões privadas.

3) *O gasto privado das famílias de renda mais baixa com saúde em detrimento da cobertura do SUS e dos seguros privados.* Em pesquisa por Amostra de Domicílio/PNADS do IBGE de 2008, 56,5% dos atendimentos foram financiados pelo SUS, 26,2% foram viabilizados através de seguros de saúde e em 18,7% dos casos houve pagamento para atendimento.

4) Ainda ao que concerne ao mercado de seguros privados, Andreazzi informa que:

[...] o Brasil é o segundo mercado mundial de seguros privados de saúde, perdendo apenas para os Estados Unidos da América; também como este último, baseado em financiamento coletivo pelas empresas, que se beneficiam da sua situação oligopolista para transferir para toda a sociedade os custos dos planos, contando ainda com subsídios diretos (renúncia fiscal através do Imposto de renda). (2012, p.42).

Para Ocké-Reis (2012), a promoção desse mercado é uma opção política pragmática para desonerar as contas públicas. Essa opção, todavia, repercute no subfinanciamento do SUS e no cooptação da ANS, e implica na autorregulação do mercado de planos, na conseqüente valorização do subsistema privado de saúde, na fragmentação dos usuários e do próprio SUS. Existe, assim, uma relação estrutural entre Estado e mercado de seguros privados. Isso significa que o Estado socializa o gasto com a reprodução da força de trabalho, principalmente aquela atuante no setor formal de trabalho.

O autor enfatiza que a existência do que chama de “paralelismo” de subsistemas, expressa pelos planos de saúde, impacta o SUS de forma danosa, uma vez que atingem a regulação pela falta de planejamento; o financiamento pelo gasto com a duplicidade de serviços, e pela a renúncia fiscal; a organização dos trabalhadores, que precisam atuar politicamente em dois espaços; o controle da tecnologia incorporada e a equidade de acesso, já que o que possuem renda buscam os serviços privados.

A conjuntura descrita anteriormente repercute na configuração das relações e condições trabalhistas do setor saúde. A força de trabalho, empenhada na oferta de serviços de saúde, tanto privados como públicos, é impactada pelas relações contratuais flexíveis e temporárias, bem como pela superexploração. A seguir veremos como tem se dado o processo de trabalho em saúde nos serviços públicos atualmente e as inflexões que a conjuntura lhes impôs.

## **2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: inflexões da reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal nas condições e relações de trabalho**

Um setor de atividades não relacionadas diretamente com a produção industrial, nem com o setor primário tem se ampliado crescentemente desde a Revolução Industrial. A ele dá-se o nome de Setor de Serviços. O mesmo tem deixado de ser restrito a empresas, incorporando também atividades mais especializadas e comerciais no âmbito privado e também no público, relativo às Políticas Sociais, nos quais se incluem os serviços de saúde, educação e transportes, por exemplo. (RIBEIRO *et al*, 2004).

Apesar de acontecerem mudanças no mundo do trabalho no pós Segunda Guerra Mundial, dentre elas a ampliação dos setores não relacionados diretamente com a produção, cita-se, por exemplo, o Setor de Serviços, a racionalidade que prevalece no setor produtivo não se altera nos demais, logo, mesmo que haja pequenas diferenças em relação aos operários, os trabalhadores classificados como constituintes das “camadas médias de emprego” não são livres, não existe “independência econômica ou ocupacional”, também não há passagem livre para o processo de trabalho, nem para os meios de produção e estes precisam da mesma forma renovar o trabalho para sobreviverem (BRAVERMAN, 1974).

Esta parcela do emprego abrange os engenheiros, técnicos, quadro científico, os níveis inferiores da supervisão e gerência, o considerável número dos empregados especializados e “liberais” ocupados em mercadejamento,

administração financeira e organizacional e semelhantes, fora da indústria capitalista, em hospitais, escolas, repartições públicas etc. (Ibidem, p. 341).

Esses mesmos também sofrem com péssimas condições de trabalhos e baixo salário, pressionado para baixo pela oferta de “mão-de-obra” disponível a espera de substituir demitidos (RIBEIRO *et al*, 2004).

Têm-se considerado que o trabalho em saúde se inclui no Setor de Serviços. Podemos dizer, através de Pires (2000), que esse trabalho é indispensável para a vida humana e que integra o Setor de Serviços. Enquanto trabalho do âmbito não material, não produz, contudo, um produto concreto, ao contrário, o resultado do trabalho é associado ao processo que o elabora, ou seja, é a realização da atividade em si mesma.

A autora assinala que, atualmente, a maior parte desse trabalho é realizada de forma coletiva, incluindo equipes multiprofissionais da saúde, bem como de áreas auxiliares. E que esse o mesmo tem características de trabalho assalariado, com divisão de tarefas, mas também com traços artesanais. No trabalho de categorias como a enfermagem e a farmácia-bioquímica, por exemplo, verifica-se a fragmentação de tarefas e controle gerencial do trabalho.

O trabalho em saúde se refere à atividade cujo objeto de intervenção é a assistência em caráter investigativo, preventivo, curativo e reabilitador a indivíduos ou grupos com déficit de saúde ou com iminência de adoecer. De forma isolada ou em equipes multiprofissionais, os trabalhadores se constituem em equipes cuja composição é determinada pela função e necessidades do serviço de saúde.

No espaço institucional, esse trabalho envolve um conjunto de profissionais especializados, sendo que o número e a composição da equipe são definidos, dentre outros critérios, pelo tipo e complexidade do serviço prestado. Nos espaços ambulatoriais atuam, pelo menos, médico, enfermeiro e trabalhadores de enfermagem de nível médio (quando existem), porém, dependendo da complexidade destes serviços pode-se observar a presença de outros profissionais como: nutricionistas, psicólogos, bioquímicos, odontólogos, assistentes sociais e outros. No hospital, instituição geralmente mais complexa, observa-se uma inserção cada vez maior de profissões da saúde além de trabalhadores das áreas administrativas, limpeza, manutenção ou outras que se fizerem necessárias (MATOS; PIRES, 2006, p.511).

Embora tenha se proposto na formação e no próprio cotidiano profissional que a atuação seja interdisciplinar, podemos dizer que Pires (2000) indica que o que se verifica é o

trabalho segmentado por grupos profissionais, que às vezes, por não interagirem, tomam decisões e executam ações contraditórias.

De acordo com Ribeiro *et al*,

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho” (2004, p. 438-439).

Essa conformação do trabalho na saúde é resultado da racionalidade construída a partir da gerência científica taylorista, cujos traços foram incorporados à lógica produtiva não apenas dos setores industriais, mas também aos setores de serviços. O controle do tempo de trabalho, a supervisão do trabalho desempenhado e dos resultados que seguem uma rotina além da organização do espaço físico não são especificidades restritas ao chão de fábrica, mas realidade também nos serviços de saúde que diante da demanda e da racionalidade empresarial imposta ao setor tem em seu processo a expansão do trabalho fragmentado (com separação entre concepção e execução), mecanizado e parcelar.

Nessa condição, o trabalhador perde a visão do todo do processo de trabalho, uma vez que este é parcelado com a aplicação de novos métodos de gerência, e ainda, o trabalhador por ser submetido a uma hierarquia rígida sofre com a desmotivação e a alienação e com excesso de trabalho. Esses aspectos negativos da organização do trabalho taylorista vêm sendo debatidos há décadas na tentativa de se forjar a resistência e a superação das condições limitantes e estafantes de trabalho (RIBEIRO *et al*, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

Especialmente nas instituições hospitalares, verificam-se traços acentuados do modelo fordista/taylorista. Nesse espaço complexo, as disputas entre as categorias e seus nichos de conhecimento são frequentes, além da insubordinação às hierarquias. Em geral, a categoria médica é protagonista de “insurgências” contra as propostas gerenciais, tendo uma postura corporativista, rejeitando mudanças na gestão e organização do trabalho. A enfermagem, por sua vez, está envolvida com grande parte das ações nos hospitais e tem alto grau de autonomia em relação à gestão hospitalar. Ocorre, ainda, que existe uma hierarquia dentro da própria categoria entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Em menor quantidade outros profissionais como assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e bioquímicos têm pouca influência no processo organizativo dos hospitais (MATOS; PIRES, 2006).

Embora cada categoria ou grupos profissionais tenham domínio de seus conhecimentos específicos, na prática, o que se observa é que o médico, além de cumprir sua função, comanda, no âmbito coletivo, profissionais de outras categorias, existindo uma hierarquia socioeconomicamente construída (RIBEIRO *et al*, 2004).

Isso ocorre pela construção histórica, social e econômica da assistência à saúde no Brasil e no mundo que conferiu poder à categoria médica e esta forma corporativista se firmou nos serviços de saúde privados, prioritariamente, muitas vezes aliados a grupos econômicos, e, nos públicos também, entretanto executando suas funções, por vezes, de forma desresponsabilizada com a proposta de saúde pública e coletiva, balizada na RSB.

Atualmente, existe um esforço de alterar as diretrizes de formação dessa categoria, bem como das demais, para preparar os futuros profissionais para uma prática menos segmentada e atenta aos propósitos da RSB. Como vimos anteriormente, na complexidade da conjuntura na qual se constituiu a Política de Saúde brasileira, acentuada pelas transformações advindas da ofensiva neoliberal nos últimos anos, todavia, uma mudança na prática assistencial deve estar concatenada com mudanças profundas na estrutura de poder econômico e nas relações socioeconômicas que interferem na efetivação do projeto de RSB.

Matos e Pires (2006) destacam que da década de 1980 em diante, buscou-se implantar teorias administrativas e organizativas “alternativas” aos modelos taylorista/fordista que incorporassem a participação do trabalhador nas decisões de forma cooperativa, com o trabalho em grupos auto gerenciados por áreas e setores e com responsabilização conjunta na delegação de tarefas. Todavia, segundo as mesmas, as propostas continuam centradas no objetivo da produtividade e eficiência.

Como vimos no capítulo anterior, as características de organização do trabalho mencionadas pelas autoras como “alternativas” ao binômio taylorista/fordista, nada mais são que respostas do capital às históricas lutas da classe trabalhadora contra a superexploração do trabalho. Em verdade, essa “alternativa” assume um caráter disfarçado de participação dos detentores da força de trabalho no processo produtivo e organizativo, através do discurso flexível da racionalidade toyotista, entretanto, visa à intensificação e precarização eminente do labor nos anos posteriores que eleva a acumulação capitalista.

Nas últimas décadas temos observado no Brasil uma série de mudanças que integram as transformações advindas da mundialização e financeirização do capital e que interferem diretamente na caracterização do trabalho em saúde feita anteriormente.



Para Dahmer Pereira,

O processo de desmonte do Estado brasileiro na área de saúde pública, ao longo da década de 90, conta com uma dupla estratégia: a primeira, mais geral, é a de desmonte da saúde pública, criando uma “universalização excludente”, com uma Política Pública de saúde voltada para os “pobres”, considerados não-cidadãos porque não-consumidores.

A segunda estratégia é a de fragmentação dos trabalhadores em saúde – através da terceirização dos próprios – com débeis condições de trabalho, o que, por um lado, dificulta uma organização política unificada e, por outro, desqualifica o atendimento, com profissionais desvalorizados e desmotivados. (2004, p.375).

O processo de reestruturação produtiva sobre o qual se discutiu no Capítulo 1 impactou os serviços públicos, impregnando nele uma nova racionalidade, que se mescla com a racionalidade anterior.

De acordo com Silva,

[...] as propostas de reforma do setor de saúde são orientadas para a contenção dos custos com a assistência médica, através de várias medidas racionalizadoras (que incluem a restrição de oferta de serviços médicos), e a reestruturação do chamado *mix público/privado*, e ainda a descentralização de atividades e responsabilidades do setor público para o setor privado (SILVA, 2006, p.123).

A ação combinada das exigências da reestruturação produtiva e da contrarreforma neoliberal resultou na desregulamentação do trabalho que afetou significativamente o setor público, através da flexibilização das leis trabalhistas. Como se mencionou no capítulo anterior, a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 19/1998, em junho do ano de 1998, aconteceu a quebra do RJU, com objetivo de diminuir o quadro de servidores públicos, realizar ajuste fiscal, limitar despesas com folha salarial e aumentar os contratos por tempo determinado.

Nesse cenário, os trabalhadores cujo vínculo empregatício se dava por CLT foram afetados pelo desemprego e pela precarização das suas condições de trabalho, em decorrência, principalmente, da privatização de empresas estatais. Aqueles regidos pelo RJU tiveram a estabilidade afetada, com a perda de direitos e de legitimidade diante da população através de campanhas que os descredenciavam. Outro grupo ainda permaneceu empregado, todavia, sofreu com o aumento da carga de trabalho em razão do programa de demissão voluntária e da falta de concursos públicos (MARCH, 2011).

Essas mudanças abriram precedentes para outras medidas que fragilizam as relações e as condições trabalhistas dos servidores públicos, além de demissões por ineficácia ou para redução do quadro, abrindo caminho para a reforma previdenciária, para a contratação pelas Organizações Sociais (OS) para execução de tarefas de gestão que deveriam ser do Estado e para a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita em 60% os gastos públicos com folha salarial e que define que os gastos com terceirização devem ser pagos com o recurso com a despesa de pessoal.

Outra medida de flexibilização é a possibilidade de terceirização de pessoal e de serviços que se dá pelo Decreto 227.112 aprovado em 1977, mas que foi retomado na conjuntura político-econômica da década de 1990. Essas medidas neoliberais foram indutoras do crescimento do mercado informal e da precarização do trabalho no serviço público brasileiro (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Para Souza, a força de trabalho em saúde tem sido desvalorizada. Desvalorização que se expressa através de debilidades como:

A desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários. (2010, p.342).

A autora acrescenta que a precarização do trabalho em saúde, não é decorrente apenas da variedade de modalidades de contratos, mas também das condições subjetivas e objetivas, a que os trabalhadores estão submetidos, uma vez que os mesmos são afetados pela desestruturação da atenção à saúde e pelas estratégias de gestão que limitam a assistência a grupos focais, numa perspectiva empresarial.

A saúde historicamente é um setor que não possui um quadro de estabilidade contratual em razão da maneira como se deu a construção da seguridade social e da assistência médica na perspectiva privada desde a década de 1930 até, principalmente, antes da década de 1980 com a implantação da CF.

O fato de não se ter estabilidade contratual resulta em um quadro de grande rotatividade, tipos diversos de contrato e de salários restritos, sendo a maioria dos acordos realizada por CLT. Condição que apenas começou a se alterar após o RJU e que, posteriormente, foi abortada pela Reforma Administrativa do Governo FHC.

Nogueira (1999, *apud* March, 2011) afirma ter havido uma forte flexibilização na contratação de servidores no SUS, resultado de um processo de reforma “oficial”, referente às mudanças legislativas, e “informal”, materializada pelas terceirizações de serviços fins, de cooperativas de trabalhadores por meio de Fundações, Organizações não governamentais, por exemplo, além do aumento dos contratos temporários e de cargos comissionados.

Na condição de ajuste fiscal, há uma contenção de concursos públicos e os governos, sem alternativas, lançam mão dos contratos temporários pela necessidade de pessoal para expansão do SUS com a finalidade de atender o acesso à saúde. Lembre-se que o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu nesse período, sendo inclusive uma proposta que materializa a orientação do Banco Mundial em focalizar a assistência à saúde para a população pauperizada.

A elevação de contratados temporários acontece principalmente nos hospitais e nos programas Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Girard e Carvalho (2003, *apud* March, 2011) explicam que as prefeituras adotaram os contratos precários em razão da flexibilização, da lei de Responsabilidade Fiscal e do subfinanciamento do SUS.

Segundo Martins e Molinaro (2013), estudos apontam que o PSF:

[...] foi uma das áreas mais impactadas por este novo arranjo político-institucional como demonstram diversos estudos que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde vinculados através de entidades diversas [...];

Ao se expandir para os grandes centros urbanos, onde encontrava uma estrutura de serviços já consolidada, enfrentou o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas (MARTINS e MOLINARO, 2013, p.1672).

Essa diversidade de tipos de contratos e vínculos a instituições diferentes, aliada com as condições de trabalho deficitárias, a sobrecarga de atendimentos pela alta demanda da atenção básica em saúde e a pressão por produtividade e eficiência, como instrumento de contenção social e reprodução da força de trabalho transformam a ESF num espaço de grande conflito entre usuários e profissionais, profissionais e gestores e destes com gestores, o que provoca com altos índices de adoecimento. Abordar-se-á melhor aspectos relativos à flexibilização e à precarização do trabalho na ESF *a posteriori*.

Nos anos 2000, quando se expandiram consideravelmente os estudos a respeito da precarização do trabalho no setor saúde, o governo Federal teve que reconhecer o quadro de

desconforto com a situação e lançou a Política “Desprecarizar SUS” a partir do lançamento da Portaria 2430 de 23 de dezembro de 2003, que criou um comitê cuja função era a promoção de ações para formalizar o trabalho, bem como desprecarizar as relações e condições de trabalho no SUS (MARCH, 2011). No segundo mandato (2005-2008), Lula busca regularizar as relações de trabalho no setor público, convocando a realização de vários concursos (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Ocorre, no entanto, que não se vai ao cerne da desregulamentação do trabalho no serviço público no Brasil, ao não se propor mudanças na legislação que se refere ao RJU e ainda se incrementa mecanismos de precarização do trabalho como no caso da implementação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).

É evidente a suscetibilidade dos trabalhadores (não apenas da saúde) à precarização do trabalho nas FEDP, uma vez que cedidos podem ser submetidos a regimes de trabalho e remuneração diferenciados, mesmo estando numa mesma locação. March aponta que:

Na proposição de FEDP a questão da flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público é central. Esse ataque se traduz nas diversas consequências – ausência de perspectivas para os trabalhadores que não forem cedidos para as FEDP, quando isso se tornar possível; estabelecimento de salários e regimes de trabalho diferenciados para os trabalhadores de uma mesma instituição ou serviço, aprofundando o problema já presente no SUS em relação à diversidade de regimes de trabalho e vencimentos entre os trabalhadores vinculados às diversas esferas públicas, que atuam em um mesmo serviço; perda da estabilidade para os trabalhadores que ingressarem nas FEDP, instituição de uma multiplicidade de carreiras, já que cada FEDP instituirá seu próprio plano de carreira. (MARCH, 2011, p.183)

Ainda, podemos dizer que a desregulamentação do trabalho em saúde materializa-se não apenas pelas alterações no arcabouço jurídico, mas também pela incorporação da lógica empresarial e produtivista, que intensifica o trabalho, pressionando os profissionais com o risco frequente de desemprego e de perda de direitos da proteção social (SOUZA, 2010).

Apesar de encontrar-se inserido no âmbito dos serviços, como se viu, o trabalho no setor saúde e seus executores foram altamente afetados pelos processos de reestruturação produtiva e pela contrarreforma neoliberal do capital. O Estado brasileiro segue implementando as orientações do Banco Mundial e aderindo à lógica mercadológica e empresarial na gestão daquela que fora uma das maiores conquistas dos trabalhadores

brasileiros no processo de redemocratização do país. Como as conquistas legais estão passíveis de mudanças, as alterações que vem se efetivando no setor saúde e mais fortemente nas condições laborais deste setor são resultantes da correlação de forças político-econômicas nos últimos anos no Brasil e no mundo. A seguir será abordado como essa conjuntura afetou a atenção básica no Brasil, especialmente, a Estratégia de Saúde da Família.

## CAPÍTULO III

### **DESCONFIANDO DA APARÊNCIA SINGELA: tendências da precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa nos marcos da flexibilização das relações trabalhistas.**

*Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singela. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar.*

*Bertold Brecht*

#### **3.1 O Trabalho na Estratégia de Saúde da Família num Contexto de Desregulamentação e Precarização**

Resultado das disputas político-ideológicas, num contexto de avanço do neoliberalismo, a então proposta de Atenção Básica em Saúde (ABS) ou de Atenção Primária à Saúde (APS) foi debatida na Conferência sobre Cuidados Primários, “Saúde para todos no ano 2000”, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma-Ata (República do Cazaquistão), em setembro de 1978, considerada o marco histórico para o desencadeamento de mudanças na prática assistencial em saúde em vários países do mundo.

Nela, a ABS é apresentada como alternativa estratégica para aumentar o acesso à saúde de forma igualitária para todos os segmentos da sociedade até o ano 2000. Essa proposta requer profissionais com formação generalista, com visão social e epidemiológica que lhes permita atuar enfocando a prevenção e promoção da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Para Mendes, entretanto,

As diretrizes de Alma-ata foram materializadas numa proposta político-ideológica de atenção primária seletiva de saúde, como prática complementar à medicina flexneriana, destinada às populações pobres, com a utilização de tecnologias simples e de baixo custo e sem referência para os níveis secundários e terciários (1996 *apud* Silva, 2006, p.112).

Essa análise aponta as críticas que, posteriormente, seriam confirmadas pela materialização de políticas de saúde focalizadas e fragmentadas, o que vem se nomeando de “Política de Saúde para pobre”.

Documentos atuais do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012), referentes à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apontam que a atenção básica se constitui num conjunto de ações sanitárias que incorporam medidas preventivas e de promoção e proteção da saúde, bem como de diagnóstico, de cura, de reabilitação e de redução de danos que tenham por objetivo realizar o desenvolvimento de uma condição de saúde integral de usuários cujos determinantes e condicionantes sejam enfrentados de forma individual e coletiva.

Ainda segundo esses documentos, embora receba o nome de atenção básica, esse nível de atenção requer técnicas de intervenção específicas para lidar com a complexidade dos condicionantes de saúde verificados nas suas áreas de abrangência. Para isso, apregoa-se que a mesma deve se desenvolver através de práticas democráticas e participativas de cuidado e gestão direcionadas a territórios específicos onde vivem as populações abrangidas, de modo a seguir princípios e diretrizes que versam sobre a universalidade, a acessibilidade, a equidade, a integralidade da ação e a participação social.

Nessa perspectiva, a ESF se apresenta atualmente como a principal estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma aposta dos últimos governos para reorganizar a prática de atenção à saúde e reordenar a oferta aos serviços de saúde para a população, através da atenção básica. Como mostra Souza:

Superar um modelo de atenção à saúde centrado na medicalização e hospitalização foi o mote inicial para a proposta governamental de implantação do “Programa” Saúde da Família em 1994. Na perspectiva de reestruturar a atenção básica, esta proposta investe num discurso de atendimento integral, humanizado e com qualidade, que se estabelece a partir da relação de corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuário, na busca da superação das problemáticas de saúde enfrentadas pela população (2009, p. 167-168).

Podemos dizer, então, que o que se propõe é transformar o modelo de atenção, fundado na biomedicina que foca no corpo do indivíduo e busca anomalias e disfunções biológicas, para uma proposta em que se considera o contexto familiar e social em que o usuário está inserido (SHIMIZU; JUNIOR, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo governo federal em 1993 e implantado em 1994, tendo, inicialmente, a perspectiva de atender 32 milhões de pessoas incluídas na classificação de vulnerabilidade social do mapa da fome do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Buscava possibilitar o acesso a serviços de saúde para grupos marginalizados, em regiões de baixa densidade populacional ou em pequenos centros com condições deficientes de saúde.

Teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e agregou-se a ele, a fim de assegurar maior resolutividade. Ao final de 1995, o programa se expande para várias regiões do país, sendo inserido como política do governo federal. E em 1996, o Ministério da Saúde define o PSF como estratégia de reordenamento dos serviços de saúde, não apresentando mais o argumento de que o serviço é direcionado para a população pobre (SILVA, 2006).

Conforme documento do Ministério da Saúde:

A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009, p. 10).

Para esse Ministério, o modelo predominante era considerado ineficiente e ineficaz, centrado na hospitalização e na realização de ações curativas de doenças, com uso de alta tecnologia. Assim, a fim de que se consolide uma nova forma de ofertar atenção à saúde, a partir de uma visão não apenas curativa, mas também de prevenção e promoção, o que antes era PSF se torna estratégia.

A estratégia é composta por, no mínimo, uma equipe de trabalhadores (um médico de família generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), podendo ser integrada também por uma equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde de Família, auxiliar - ASB e ou técnico em saúde bucal-TSB) e tem como objetivos centrais prestar assistência integral, constante e resolutiva e de qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita, tendo como foco a família. Para atingir esses objetivos, são exigidos dos trabalhadores a abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade,



planejamento das ações e organização do trabalho no território, além do incentivo ao exercício do controle social (PIRES *et al*, 2001).

Sem embargo, a portaria que atualiza a PNAB<sup>8</sup> propõe mudanças na nomenclatura e composição das Equipes de Saúde da Família, a partir das quais são recomendados a criação de cinco tipos de equipes (tipos I, II, III e IV e ESF transitórias) que levam em consideração a ampliação no que se refere à quantidade de população adscrita, à composição da equipe de saúde bucal que define o tipo de modalidade com inserção, ou não, de um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (modalidade tipo I ou II), a carga horária dos profissionais médicos (30h ou 20h) e o número destes profissionais, juntamente o número de enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Além dessas equipes, criou-se a transitória, isto é, aquela que assume caráter provisório em sua composição por não haver condições de implantar em curto tempo uma equipe em qualquer das outras modalidades. E, dependendo da necessidade, podem-se constituir equipes direcionadas para o atendimento de populações específicas, como a equipes de Consultório de rua, constituídas por profissionais que tem a tarefa de articular e prestar assistência à saúde de pessoas em situação de rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense atende a população ribeirinha em UBS localizadas nas comunidades e que são alcançadas por meio dos rios ou flutuam nos rios, nesse caso são chamadas de unidades fluviais.

Numa primeira análise das mudanças propostas, colocam-se algumas ponderações que apenas poderão ser examinadas profundamente na medida em que a mesma for se materializando.

Embora exista uma necessidade de ampliação da composição das equipes da ESF em todo o país, a modificação parece ser pautada pelo poder médico constituído. Como os profissionais médicos se negam a compor a ESF por considerarem os salários insuficientes e os riscos diante do cenário imerso nas expressões da questão social nas periferias e regiões mais “inóspitas”, a população fica sem o atendimento desse profissional que é essencial na assistência à saúde. Por sua vez, esta acaba reivindicando o atendimento médico, muitas vezes, minorizando a contribuição dos demais membros da equipe para o processo de cura e

---

<sup>8</sup> Vide Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

reabilitação. Conduta, esta, resultante da lógica, ainda médico-centrada que se prepondera na saúde atualmente.

Vale ressaltar que, não se está negando a importância da categoria médica enquanto componente da atenção à saúde. Todavia, em geral, esse profissional não se envolve com a dinâmica e as propostas da atenção básica, cumprindo o papel meramente assistencial sem intervir de fato em atividades de promoção e prevenção da saúde e dos processos organizativos da ESF, trabalhando de 20 a 30 horas.

Por outro lado, os demais segmentos que não contam com o poder econômico, social e político que a categoria médica possui acabam presos a cargas horárias estafantes de 40 horas semanais e, no caso, de alguns profissionais, como as/os enfermeiras/os, por exemplo, são induzidos a levar trabalho para casa. Estes compõem uma das categorias cujo trabalho é mais precarizado e fragmentado e por isso têm realizado lutas importantes por uma carga horária de 30 horas semanais sem ainda obter êxito.

Outro questionamento que surge, diz respeito à operacionalização de estruturas físicas que comportem equipes de saúde com o tamanho proposto. Atualmente com o número mínimo de profissionais da equipe, já se denota uma das principais dificuldades que decorre das condições de infraestrutura deficitárias das USF's, não havendo às vezes salas para todos os profissionais ou sendo estes recintos pequenos. Logo, pergunta-se como comportar em espaços debilitados equipes com 36 ACS, além dos demais membros, por exemplo?

Quanto ao pagamento desses trabalhadores, questionamos: de onde virá o orçamento? Um dos principais argumentos dos gestores usado atualmente é que a contratação de novos profissionais ou a realização de concursos públicos onera a folha salarial, que é limitada pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Questionamos: os contratos serão realizados por meio de vínculos empregatícios frágeis sem a garantia de direitos dos regimes de emprego estáveis como os do RJU?

Notamos ainda que, nas ESF do tipo III, com equipe de saúde bucal na modalidade tipo II, há um aumento no número de cirurgiões dentistas para três, enquanto mantêm-se o número de ASB e TSB. Mais uma vez, perguntamos: Passarão esses profissionais de formação técnica (nível médio) a serem os mais atingidos pela precarização do trabalho por meio da sobrecarga?

Essas são questões que surgem ao se analisar o cenário atual, estudado em pesquisas aqui apresentadas.

De acordo com a PNAB,

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012, p.55).

Não obstante, o que se observa na prática é que as equipes ficam sobrecarregadas com o crescimento do número de famílias nos territórios, diante de um contexto de urbanização desorganizada nas regiões de periferia em várias cidades do país. Tal condição coloca a necessidade de ampliação do número de USF, todavia, essa medida demora bastante a ocorrer pela dificuldade de financiamento ou pela falta de vontade política do gestor municipal.

No que concerne ao vínculo com a USF, cada profissional fica cadastrado em apenas uma, exceto no caso da categoria médica, que pode atuar em duas USF, no máximo com carga horária que soma 40 horas por semana. Todos os trabalhadores devem completar 40 horas semanais, sendo 32 horas de obrigatoriedade na USF e o restante, em caso de autorização do gestor, em alguma unidade de urgência ou em alguma atividade formativa.

Sobre o processo de trabalho, Silva apresenta as seguintes considerações:

O processo de trabalho no PSF tem como elementos o objeto sobre o qual o trabalho é realizado (a área de abrangência da USF e os destinatários do PSF), os instrumentos de trabalho (as políticas de saúde e a infraestrutura material da realização do trabalho) e a atividade proposta (o próprio trabalho do PSF) (2006, p.178).

Dito de outra forma, compreende a delimitação da área de abrangência que fica sob tutela da equipe, bem como a elaboração de um programa de intervenção e a execução deste a partir das necessidades epidemiológicas e determinantes socioeconômicos, sendo recomendado não dificultar o acesso dos usuários ao serviço pela criação de agendas direcionadas, por exemplo, por linhas de cuidado. As ESF's devem ainda realizar ações focadas em grupos mais vulneráveis com objetivo de prevenir ou atuar sobre o adoecimento.

Daí então, realizado o acolhimento do usuário, a EqSF deve prestar assistência permanente, integral e organizada à população da área de abrangência. Essa assistência ocorre na unidade de saúde e em outros locais da área adscrita e pode ter caráter preventivo e de

promoção da saúde. Considerando a continuidade do cuidado e a acessibilidade dos usuários com condições de limitações físicas de locomoção, os profissionais devem realizar a atenção domiciliar de maneira programada e/ou associada com a equipe do serviço de atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

Todavia, as atribuições da ESF não se restringem à execução da atenção em saúde, mas incorporam ações que se referem ao planejamento e gestão local, como também a avaliação e monitoramento dessas ações de modo a adequar o processo de trabalho diante das demandas analisadas. Cabe ainda às equipes realizar atividades que fortaleçam o controle social e ações intersetoriais de modo a apoiar o desenvolvimento da atenção integral.

Por outro lado, vislumbrando-se a ESF com a finalidade de compreender o papel que a mesma cumpre na reprodução da força de trabalho e no processo de acumulação capitalista, em detrimento da perspectiva universalizante dos direitos expressos nas políticas sociais conquistados no processo de redemocratização do Estado brasileiro, faz-se necessário empreender uma análise diferenciada daquela que norteia os documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como estudos que compactuam com o projeto do “SUS possível”, este abordado no segundo capítulo.

Na verdade, a ESF integra, no bojo da contrarreforma do Estado, uma série de políticas que visam reduzir os gastos com a saúde, focalizando a atenção à saúde pública para os pobres, enquanto, aos poucos, impulsionado pela correlação de forças entre os projetos político-ideológicos das classes sociais brasileiras e internacionais, vai se enfraquecendo o caráter público da totalidade do SUS. Assim, Bravo nos diz que:

Como continuidade da Política de Saúde dos anos 90, destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política de viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade do programa saúde da família sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica (2008, p.18).

Nesse sentido, Silva afirma que:

Fixado na racionalidade econômica (custo-benefício), o Estado focaliza os poucos recursos disponíveis através de uma assistência estatal seletiva, recompondo a questão do direito à saúde, em que o conceito de igualdade passa a ser substituído pelo de equidade (2006, p.126).

O desejo de que a atenção à saúde seja realmente universal acaba suplantado pelo discurso de garantia de acesso aos serviços de saúde para quem mais precisa, quando todos os cidadãos são contribuintes e têm direito constitucional à saúde.

Outras artimanhas propostas pelo Banco Mundial são usadas de modo a retirar do Estado o papel de garantir a atenção integral à saúde. Apelando para a célula família, o Estado deve responsabilizar os indivíduos pelo seu processo saúde-doença, conformando o conjunto de idéias de cumprimento do que seria o papel da sociedade, repetidas, inclusive, pelas Organizações não governamentais, como nos mostra o trecho abaixo:

Nesse mesmo momento, ganhou importância o discurso da família como o principal responsável pela saúde o indivíduo e sua família, estimulando o autocuidado e a adoção de ‘ condutas saudáveis’, na verdade transferindo a maior parte das responsabilidades pela saúde para as unidades familiares (SILVA, 2006, p.127).

No que se refere à organização do processo de trabalho na ESF, há traços característicos que apontam para a adoção da racionalidade taylorista, oriunda do setor produtivo, mas que fora adaptada ao Setor de Serviços. Como se anota no excerto a seguir:

O trabalho no PSF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma “estratégia estruturante” de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, após nove anos de implementação do PSF no Brasil, mostram que existem tantos pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido no PSF. (RIBEIRO et al, 2004, p. 443).

Podemos dizer que, pela sua característica, o processo de trabalho da ESF sobre influência taylorista, sendo repetitivo, fragmentado com separação hierárquica entre planejamento e execução e com fiscalização de desempenho. Esse método acaba interferindo negativamente na comunicação entre os próprios trabalhadores, uma vez que dificulta a troca de experiências e reduz a prática assistencial às normas estabelecidas. Logo, o que era para ser um trabalho participativo torna-se conflituoso não havendo integração satisfatória entre os próprios trabalhadores e entre estes e as chefias (SHIMIZU; JUNIOR, 2012).

Além disso, observam-se traços toyotistas que compõem, concomitantemente, a racionalidade do trabalho na ESF expressos, por exemplo, pela polivalência, como apresentam Shimizu e Junior,

As organizações que se baseiam na polivalência, em conhecimentos e práticas generalistas como ocorre na ESF aumentam as incertezas de seus membros, que por sua vez, aumentam a tensão no trabalho, tornando mais complexo o processo de coordenação do processo de trabalho (2012, p.2406).

E pela defesa da participação dos trabalhadores nos processos de gestão (co-gestão).

Podemos dizer que é adotada uma linguagem idealizada e romântica, na qual o conflito capital-trabalho inexistente. E é, precisamente, na radical transformação do vocabulário, sobretudo com relação às denominações de cargos e funções, que as características desse discurso ficam ainda mais evidentes. (...) o chefe se converte em “líder”, mas também o “empregado” se transforma em “colaborador”, o “diretor” passa a ser “gestor” e assim por diante. Os objetivos da empresa se tornam sua “missão”, ou melhor, a missão coletiva (BERNADO, 2009, p.65).

Embora esta análise de Bernardo esteja direcionada para o trabalho nas empresas, pode ser aplicada ao Setor de Serviços, a exemplo da ESF. Como o conflito capital e trabalho não é tão explícito pela ausência da figura do empresário/patrão no setor privado, talvez o trabalhador não identifique a reprodução de situações recorrentes em serviços privados como aquelas que se desenrolam no setor público. O patrão seria “substituído” pelo apoiador matricial, trabalhador do NASF que assume a tarefa de gestor local, ou por um gerente da USF ou ainda pela direção do Distrito Sanitário, ocultando, em parte, a essência da relação hierárquica entre os mesmos e solicitando dos trabalhadores uma postura proativa em assuntos que, muitas vezes, estão fora da governabilidade dos mesmos.

Mesmo existindo a predominância de um modelo de organização da produção e da força de trabalho, o que se observa é a convivência de elementos dos diferentes modelos num mesmo espaço de trabalho (BERNADO, 2009).

A essas características se acresce os aspectos referentes às condições e relações de trabalho.

Pesquisas (SHIMIZU; JUNIOR, 2012) têm apontado deficiências nos recursos e insumos que interferem na realização do trabalho na USF, visto que afetam física e psicologicamente os trabalhadores que tem limitações para atender aos usuários.

Como resultado do próprio processo de trabalho, destacam-se os impactos na condição física dos profissionais, em razão do trabalho externo à própria estrutura da unidade de saúde, principalmente no caso dos ACS que tem que caminhar bastante, realizando as

visitas programadas às residências dos usuários. De forma geral, também se realiza bastante trabalho repetitivo com as mãos pela natureza da atividade ou pela inadequação de instrumentos. E intelectualmente há, ainda, um esforço, visto que os trabalhadores necessitam buscar alternativas criativas às dificuldades do cotidiano.

A partir das análises de Souza (2009, *apud* Pires, 2001), podemos dizer que as condições de trabalho das ESF's são precárias, no tocante à composição básica insuficiente das equipes, a insuficiência de profissionais com o perfil necessário ao programa, às diversas formas de contrato de trabalho, às diferenças na estrutura física das unidades, estando algumas inadequadas e em situação precária, à sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; interferência no fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema, às diferentes formas de gestão das equipes de saúde da família, às expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais, aos conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda.

Convém arguir, então, que diante de um quadro de precarização e de degradação das condições socioeconômicas da população em geral, dificilmente os objetivos da ESF anteriormente mencionados serão cumpridos. Sendo a ESF direcionada para a resolução de demandas de assistência à saúde da população mais pobre, que sofre de forma mais intensa as consequências da questão social, a intervenção dos profissionais é limitada e cada vez mais difícil de ser executada, considerando a falta de condições para execução das atribuições destes. Além disso, o alcance das ações da ESF é limitado, tendo em vista que a problemática da questão social vai se modificando a partir de determinações socioeconômicas outras que

Nessa perspectiva, Krug aponta outra situação constrangedora e recorrente nas USF em períodos eleitorais.

Em relação ao jogo político citado, apareceram falas que explicitam o quanto a área da saúde é encarada e utilizada como um meio para arrecadação de votos, sendo essa dimensão priorizada em detrimento dos planejamentos e necessidades prioritárias naquele momento. Assim, em épocas de eleições, o trabalho é diretamente afetado, reforçando ações pontuais, quantificáveis e, em última análise, de baixa resolutividade (2010, p.84).

Como muitas vezes as relações contratuais dos trabalhadores são fragilizadas, os mesmos são pressionados pela gestão a se somar às movimentações políticas nas campanhas eleitorais para garantirem o seu posto de trabalho, uma vez que contratos temporários e até

mesmo àqueles firmados pela CLT não são garantias de continuidade no emprego, dependendo da negação à participação nessas atividades. Tal condição ocorre em várias regiões do país, sendo produto do processo de perda de direitos e precarização do trabalho.

No próximo item, abordaremos como esse processo vem ocorrendo no município de João Pessoa, apontando-se algumas tendências identificadas em pesquisas realizadas nos últimos anos.

### **3.2 A Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa**

A implantação da ESF na Paraíba se iniciou no ano de 1994, na cidade de Campina Grande, ainda enquanto Programa de Saúde da Família. Após a realização de um planejamento através do levantamento técnico das demandas a partir de indicadores epidemiológicos e de reuniões com lideranças comunitárias. Com esse ânimo, sanitaristas empreenderam a inauguração do programa. Fora realizado um processo seletivo público e posteriormente contratados profissionais em regime de CLT a partir da “Associação de Amigos do Bairro do Pedregal”, mas sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SILVA, 2006).

Os bairros que abrigaram inicialmente o programa foram escolhidos por suas condições deficitárias de infraestrutura e de saúde, para depois ser implantado em bairros de classe média. A expansão se deu, efetivamente, no ano de 1998, de acordo com documentos da Secretaria Estadual de Saúde (SES), (1998, *apud* Silva, 2006), quando os municípios demandaram a implantação do programa.

Estudos da autora apontam que, desde esse período, verificavam-se traços de flexibilização e precarização do trabalho, visto que 31,7 % dos trabalhadores contratados eram prestadores de serviço e 14,6% não possuíam documentação alguma que lhes contratasse, demonstrando a condição permissiva de fragilização da força de trabalho daquele período na Paraíba.

Somente após o ano 2000, iniciou-se a expansão da ESF no Estado com 745 EqSF e 68 do PACS pelos dados da SES (2002), com incorporação inclusive de outras categorias profissionais. As relações contratuais, porém, eram flexibilizadas por meio de regimes não regularizados.



Esse processo de expansão chegou a João Pessoa no início dos anos 2000 com sete equipes. Sendo esse número insuficiente, em 2001, foi proposta a ampliação de 07 para 119 unidades. Notava-se a precariedade na prestação do serviço, em vista da grande procura da população. Habituada com a demanda espontânea e com a precariedade da assistência, a população recorria aos serviços de média complexidade, enfrentando filas enormes. Somente em 2003, essa proposta de expansão foi concretizada, mantendo-se ainda muitas dificuldades de efetivação da mesma. No ano seguinte, foi expandida para o número de 144 unidades, e, posteriormente 180 no final do mesmo ano (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, referentes ao mês de maio de 2011 (competência 05/2011), extraídos do *Data SUS*, João Pessoa possuía uma população de 702.235, sendo a cobertura de 534.750 pessoas, o que correspondia a cerca de 76,14 % da população, que era atendida por 180 equipes de Saúde da Família, distribuídas nos cinco distritos sanitários (PMJP/JP, 2010). (Cf. Tabela 1)

Atualmente segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo portal Data SUS, referente à competência junho de 2014, 699.481 pessoas são acompanhadas pela ESF em João Pessoa, que agora possui uma população de 723.515 habitantes conforme dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010). Esses novos dados indicam que aproximadamente 96% da população estaria coberta pela ESF. Considerando os dados do mesmo censo que estima a população da cidade para o ano de 2013 em 769.607 pessoas, essa porcentagem diminuiria para 90% de cobertura, mesmo assim continua sendo uma boa cobertura.

**Tabela 2** - Descrição da cobertura de usuários pela ESF em João Pessoa por anos.

Ano	População aproximada de João Pessoa	Nº habitantes assistidos pela ESF	Nº de EqSF	Porcentagem da população coberta pela ESF
2011	702.235	534.750	180	76,1 %
2010	723.515	699.481	180	96%
2014	769.607*	699.481	182	90%

Fonte: Criada a partir de dados extraídos do sistema de informação da Atenção Básica (Data SUS/SIAB) e do IBGE. \*Dado estimado pelo IBGE para o ano de 2013.

Cabe questionarmos, todavia, em que condições de funcionamento estas equipes vêm desenvolvendo seu trabalho. E quais as formas de contratação desses trabalhadores?

De acordo com informações do setor de geoprocessamento da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP, 2014) existem, no total, 182 equipes, distribuídas nos mesmos cinco distritos sanitários em 101 Unidades de Saúde da Família (Cf. Tabela 3).

Observamos que o número de USF é menor que o número de equipes, pois houve mudanças na organização espacial das mesmas em razão da construção das Unidades Integradas, iniciada em 2006. A partir daí, de quatro a duas equipes passaram a ocupar um mesmo prédio no qual há espaço físico para as equipes separadamente, mas compartilha-se a mesma sala de vacina, sala de coleta e farmácia, por exemplo.

Somam-se a elas, oito equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), antigo PACS<sup>9</sup>, nas áreas em que a população adscrita das ESF superou o limite de expansão.

**Tabela 3** - Quantidade de Equipes e Unidades de Saúde da Atenção Básica de João Pessoa por Distrito Sanitário, 2014.

DISTRITO	ESF	PACS	USF
<b>I</b>	46	04	26
<b>II</b>	39	01	20
<b>III</b>	53	03	26
<b>IV</b>	26	00	16
<b>V</b>	18	00	13
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>08</b>	<b>101</b>

Fonte: Informações extraídas do setor de geoprocessamento da Secretaria de Saúde de João Pessoa (SMS/JP, 2014).

<sup>9</sup> O antigo Programa de Agente Comunitário foi transformado em Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) Sendo prevista a implantação da estratégia nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. (PNAB, 2012).

Segundo Oliveira,

Desde a implantação do PSF em João Pessoa, cada equipe funciona na modalidade básica, ou seja, é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde, que em conjunto atendem cerca de 600 a 1000 famílias. Algumas equipes contam com dentistas e auxiliares de consultório dentário. Há a proposta de inclusão de outros profissionais nas equipes, tais como: assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas (2007, p. 03).

Apesar das modificações propostas na PNAB (2012), a maioria das ESF em João Pessoa continua composta pelos profissionais da equipe mínima juntamente com a equipe de saúde bucal. O que lhes caracteriza como ESF convencional com saúde bucal de modalidade tipo I, uma vez que apresenta equipe de saúde bucal com um ASB. Além disso, integram a equipe um auxiliar de limpeza, um auxiliar administrativo, um vigilante e um marcador (a) de procedimentos<sup>10</sup>.

Com a criação do Programa Mais Médicos<sup>11</sup> e Programa de valorização do profissional de Atenção Básica (PROVAB)<sup>12</sup> algumas equipes de João Pessoa receberam profissionais médicos o que as transformou em ESF do tipo I com saúde bucal de modalidade tipo I.

Vejam os quantitativos de equipes conforme sua classificação de acordo com a nova PNAB.

Como observado, na tabela abaixo, a maioria das EqSF continua sendo do tipo convencional o que não interferirá nas análises de nossos dados uma vez que os mesmos correspondem a períodos antecedentes a modificação da PNAB.

---

<sup>10</sup>Os marcadores são digitadores que através de computadores em algumas USF realizam a marcação de consultas e exames no sistema de regulação. Nem todas as equipes de saúde possuem marcadores.

<sup>11</sup> Através da [lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013](#), o Programa Mais Médicos foi instituído com objetivo de formar profissionais da área médica para o SUS, de modo a reduzir a carência desse profissional em áreas relevantes para o país; prestar atenção básica em saúde com médicos qualificados com conhecimento da realidade de saúde do país, através da Política de Educação Permanente.

<sup>12</sup> Programa de valorização do profissional da atenção básica (PROVAB) instituído através da *portaria interministerial nº 2.087*, de 1º de setembro de 2011, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. Profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe podem ser contratados por municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade pelo período de 1 ano com carga horária de 40 horas semanais para atenderem as demandas da atenção básica.

**Tabela 4** - Número de equipes de Atenção Básica conforme caracterização das equipes de acordo com a PNAB (2012). Competência Julho/2014.

DESCRIÇÃO DA EQUIPE	NÚMERO DE EQUIPES
<i>ESF Convencional – (Estratégia de saúde da família com saúde bucal modalidade I) (grupo 1)</i>	123
<i>ESF Convencional – (Estratégia de saúde da família com saúde bucal modalidade I) (grupo 2)</i>	01
<i>ESF (Estratégia de saúde da família Quilombola assentado com saúde bucal Modalidade tipo I)</i>	01
<i>ESF Quilombola assentado</i>	01
ESFSB MI (Estratégia de Saúde da Família Tipo I com saúde bucal modalidade I) -PROVAB.	33
ESFSB MI (Estratégia de saúde da família tipo I com saúde bucal modalidade I) - MAIS MÉDICOS.	23
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>

Fonte: Elaborada a partir de dados extraídos do site do CNES (BRASIL, 2014).

### 3.2.1 Tendências do Perfil da Força de Trabalho a Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.

Para conhecer tendências do perfil dos trabalhadores da ESF em João Pessoa, recorreremos ao estudo de Costa (2010) que foi realizado a partir de pesquisa empírica no ano de 2010.

Pelos dados analisados da pesquisa de Costa (2010), intitulada “Percepção de trabalhadores das USF sobre exposição a cargas de trabalho-João Pessoa/PB”, na qual o autor entrevistou 16 trabalhadores de duas equipes de Saúde da Família, observamos uma composição majoritária de mulheres (75%) em comparação a (25%) de homens, o que confirma a feminização das profissões da saúde e a participação em ocupações precarizadas.

**Tabela 5** - Perfil dos trabalhadores das equipes de saúde da família (idade, sexo e nível de escolaridade) no município de João Pessoa/PB.

IDADE (ANOS)	SEXO		NÍVEL DE ESCOLARIDADE*		TOTAL
	Masculino	Feminino	Pré-superior	Superior	
21 a 30	03 (18,75%)	05 (31,25%)	06 (37,5%)	02 (12,5%)	<b>09</b> (56,25%)
31 a 40	00 (0%)	05 (31,25%)	03 (18,75%)	02 (12,5%)	<b>05</b> (31,25%)
41 a 50	00 (0%)	02 (12,5%)	02 (12,5%)	00 (0%)	<b>02</b> (12,5%)
51 ou mais	01 (6,25%)	00 (0%)	00 (0%)	01(6,25%)	<b>01</b> (6,25%)
<b>TOTAL</b>	<b>04</b> (25%)	<b>12</b> (75%)	<b>11</b> (68,75%)	<b>05</b> (31,25%)	<b>16</b> (100%)

Fonte: Extraída da pesquisa de COSTA (2010).

A rigor, a presença de mulheres no setor saúde estaria relacionada a uma tendência histórica da construção dos sexos, de associação de capacidade e habilidades da mulher com atividades relacionadas ao cuidado, mas compreendemos que esta ultrapassa a relação entre a “natureza da mulher” e as suas habilidades profissionais, estando relacionada à divisão sexual do trabalho e a conveniente incorporação da força do trabalho feminina pelo capital em profissões que não “exigiriam” conhecimentos tecnológicos tão complexos. Segundo Wermelinger, et al (2010), no Brasil 69 % dos profissionais que atuam na saúde são mulheres, enquanto 36% são homens. Na Paraíba, contabiliza-se 73% de mulheres trabalhando nesse setor.

No que se refere à *faixa etária*, a pesquisa de Costa (2010) demonstra que a maior representação da *faixa etária dos entrevistados* era a de 21 a 30 anos (56,25%), o que denota a inserção de adultos nesse campo de atuação (Cf Tabela 4).

Quanto ao *tempo de trabalho*, observamos, por sua vez, apresenta que, 68,75% dos pesquisados não possuem nível superior, o que também repercute na aquisição de alguns direitos trabalhistas como, por exemplo, as férias juntamente com o tipo de contrato desses trabalhadores.

Em relação à *organização política*, observamos na mesma pesquisa que apenas quatro trabalhadores participam de sindicatos ou de associação de categoria. Percebe-se que, embora o quadro de precarização seja preocupante, a participação dos trabalhadores é

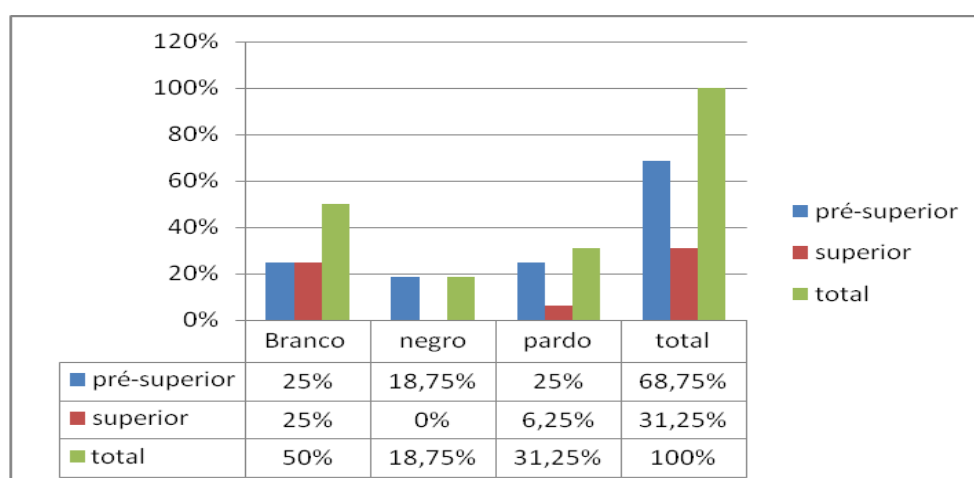
reduzida, isso acompanha uma tendência de descrédito das organizações sindicais ou associação de categorias, inserida num contexto de captura da subjetividade da classe trabalhadora (ALVES, 2000).

O medo de perda do emprego pela condição instável de trabalho, a inexistente ou reduzida consciência de classe desses profissionais são fatores que podem explicar a não participação em instrumentos de organização política. Vasapollo expressa a situação resultante do cenário de flexibilização e precarização do trabalho entre os trabalhadores, ao dizer:

É o mal-estar do trabalho, o medo de perder o próprio posto, de não poder mais ter uma vida social e de viver apenas do trabalho e para o trabalho, com a angústia vinculada à consciência de um avanço tecnológico que não resolve as necessidades sociais. É o processo que precariza a totalidade do viver social (2006, p.45).

No que diz respeito à etnia, dos pesquisados por Costa (2010) verificamos uma presença menor de negros (autodeclarados) na composição da equipe (18,75%), sendo nenhum deles, profissional de nível superior. Estes dados mostram como ainda existe dificuldade de negros ocuparem profissões de nível superior e no setor saúde, que ainda continua sendo consideradas como profissões elitizadas. Vejamos no gráfico da página a seguir.

**Gráfico 1** - Distribuição dos trabalhadores por etnia, no município de João Pessoa/PB, 2010.



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa de COSTA (2010).

### 3.3 Tendências da Flexibilização e da Precarização do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa

Alguns estudos sobre a realidade do trabalho na ESF de João Pessoa e documentos da gestão do sistema de saúde deste município possibilitaram explorar dados que confirmam as tendências da precarização do trabalho na ESF verificadas em João Pessoa (Albuquerque, 2011; Costa, 2010; Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2009; SMS/JP, 2014).

#### 3.3.1 Relações contratuais, formas de ingresso e direitos trabalhistas

Estes trabalhadores seguem a tendência de flexibilização do trabalho, estando submetidos a diversos tipos de regimes empregatícios com formas de ingresso as mais diferenciadas possíveis.

O estudo de Costa (2010) nos mostra que a maioria dos trabalhadores não possui vínculo estável, sendo 13 deles contratados por tempo determinado. Esse número é maior entre aqueles que têm nível técnico de formação.

Ainda se verifica a existência de contrato por CLT, mas como vimos anteriormente, a partir de Souza (2010), esse tipo de contrato não representa estabilidade, tendo em vista a possibilidade de demissão por vários motivos (SOUZA, 2010).

**Tabela 6** - Distribuição dos trabalhadores por vínculo empregatício e regime de trabalho por nível de escolaridade no município de João Pessoa-PB.

Vínculo/Regime	Nível Médio/Técnico	Nível Superior	TOTAL
Carteira assinada/ Regime CLTista	03	00	03
Sem Carteira assinada/ Contratado temporário	08	05	13

Fonte: Extraída da pesquisa de COSTA (2010).

Podemos verificar ainda a diversidade *de vínculos empregatícios*, níveis de escolaridade e cargas horárias de trabalho nos dados do relatório de gestão do Distrito Sanitário III do Município de João Pessoa (2009).

Com um quadro de pessoal composto por trabalhadores de nível de escolaridade superior (assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, intérprete, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, videofonista) e nível médio (ACS's, ACD's, almoxarife, auxiliar de serviços gerais, digitador, eletricitista, encanador, vigilante, motorista, pedreiro, pintor, téc. Enfermagem) contabiliza-se um total de 966 trabalhadores. Destes 52,8% (510) são prestadores de serviço, 0,4% (4) são concursados com carga horária de 20h semanais, 42,9% (414) são concursados com 40h semanais, 0,31 % (3) ocupam cargo comissionado, 1,03% (10) atuam 20h semanais e estão vinculados ao Estado, e 2,28% (22) tem carga horária de 40h e também estão vinculados ao Estado.

Além dos dados referentes a ESF, os números apontam a flexibilização do trabalho no NASF<sup>13</sup> e entre o quadro de pessoal da sede do Distrito Sanitário III. Observam-se a presença de cargos comissionados, um número reduzido de trabalhadores que ingressaram por meio de concurso público e concursados pelo Estado cedidos ao Município

De acordo com Albuquerque,

Os profissionais não têm vínculo empregatício, gerando rotatividade dos recursos humanos. Por conseguinte, há o reflexo da não capacitação dos profissionais que atuam na ESF, provocando incompatibilidade entre as diretrizes teóricas do SUS e o praticado na realidade da atenção à saúde por seus profissionais, que, muitas vezes, não têm o perfil para trabalho no SUS, comprometendo, portanto, a humanização. Junto à dificuldade de contratação de profissionais, surge a alta demanda de atendimentos clínicos para uma equipe que “não dá conta do serviço”, afetando, portanto, os trabalhos de promoção de saúde e prevenção de doenças (2011, p.369-370).

A pesquisa desse autor mostra a diversidade de contratos, visto que 80% dos médicos e enfermeiros têm contratos temporários, como prestadores de serviço. Somente auxiliares de enfermagem e ACS tem porcentagem de contrato por meio de concurso superior àqueles realizados por contrato temporário, sendo respectivamente 63,3 % e 71,9 %. Deve-se, todavia, ficar atento ao tipo de regime estabelecido. Como dissemos ao longo desse estudo, os contratos por meio de CLT não trazem grandes garantias de estabilidade e de direitos. Sabe-se

---

<sup>13</sup> Dentre os profissionais listados alguns médicos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogos compõem a equipe NASF do tipo 1. Dentre eles, o fisioterapeuta possui carga horária superior às 30h semanais, determinadas pelo COFFITO.



que grande parte dos contratos dos ACS se dá por meio de CLT conforme veremos nos dados da SMS/JP (2014).

Dentistas e ACDs também têm maioria de contratos temporários, sendo a porcentagem, respectivamente, de 58,1% e de 64,5%, enquanto os restantes compreendem contrato do tipo RJU e CLT. Vejamos na tabela a seguir:

**Tabela 7** - Tipo de vínculo empregatício dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (n=337). João Pessoa (PB), 2009.

Variáveis	Dados estat.	Médico	Enf.	Auxil. Enf.	Dentista	ACD	ACS
<b>Concurso</b>	F	6	6	19	13	11	13
	%	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<b>63,3</b>	<b>41,9</b>	<b>35,5</b>	<b>71,9</b>
<b>Serviço prestado</b>	F	24	24	11	18	20	52
	%	<b>80,0</b>	<b>80,0</b>	<b>36,7</b>	<b>58,1</b>	<b>64,5</b>	<b>28,1</b>

Fonte: Extraída de pesquisa de Albuquerque (2011).

Diante dessas informações, ficam claros os fortes rebatimentos da contrarreforma neoliberal iniciada na década de 1990 e prosseguida nos anos 2000. A diversidade de tipos de vínculos empregatícios e de formas de ingressos são expressões evidentes do processo de flexibilização e, conseqüente, precarização do trabalho, presentes desde os idos de implantação da ESF em João Pessoa. Tendência essa que seguirá se afirmando nos anos posteriores, como se verá mais adiante com a análise dos demais dados.

Dados atuais cedidos pelo setor de gerência do trabalho da Secretaria de Saúde de João Pessoa (SMS/JP, 2014) mostram que permanece a diversidade de vínculos e regimes contratuais, bem como a carga horária de 40 horas semanais para todas as categorias profissionais, mesmo com a incorporação de médicos do PROVAB e do Programa Mais Médicos.

**Tabela 8** - Quantitativo de profissionais da ESF (efetivos e prestadores), 2014.

FUNÇÃO	PRESTADORES (%)	EFETIVOS (%)	TOTAL
<b>Médico</b>	133 (80,1%)	33 (19,8%)	<b>166</b>
<b>Enfermeiros</b>	101 (46,3%)	117(53,7%)	<b>218</b>
<b>Odontólogos</b>	121 (63%)	71 (36,9%)	<b>192</b>
<b>Téc. Enf.</b>	142 (60,1%)	94 (39,8%)	<b>236</b>
<b>ASB</b>	123 (67,6%)	59 (32,4%)	<b>182</b>
<b>ACS</b>	(MS) 243(18,35)	(CLT)1081(81,6%)	<b>1324</b>
<b>TOTAL</b>	<b>863(37,2%)</b>	<b>1455 ( 2,8%)</b>	<b>2318</b>

Fonte: Dados obtidos no Setor de Gerência do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/JP, 2014)

Essa tendência é observada em pesquisa intitulada *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002* (BRASIL, 2004) e constatou-se também uma grande diversidade de contratos por categorias. Aqui apresentaremos os dados referentes a três categorias.

Senão vejamos:

- **Médicos:** 34,3% deles eram regidos por contratos temporários e 15,5% eram prestadores de serviço. Os contratos temporários, somados às bolsas, contrato informal e verbal representam 18,1% das equipes pesquisadas em situação mais debilitada. Os que têm contratos regidos pelo RJU e pelo CLT corresponderam, respectivamente, a 12,2% e 13,2%, sendo um total de 25,4%. Havia, assim, um maior número de contratos precários entre os médicos;
- **Enfermeiros:** Em 33,6% das equipes eram contratados temporariamente e em 14% era por prestação de serviço, somando quase 25,7% das equipes em relações precárias de trabalho por outra forma de contrato. Num total de 28,6% das equipes com regimes mais estáveis, destes 13,4% eram regidos por CLT e 15,2% por regime estatutário;

- **Agentes Comunitários:** 30,2% das equipes possuíam contrato temporário, 29,7% por prestação de serviços ou formas de contratação informais e 23,5% por meio da CLT;

A evidência do grande número de trabalhadores contratados por meio de *vínculos temporários* demonstra a situação de precariedade das relações trabalhistas. A força de trabalho em tempos desfavoráveis para a empregabilidade fica suscetível aos comandos da gestão, submetendo-se, muitas vezes, a situações vexatórias.

Tal situação se deve ao PDRE, reforma nefasta mais conhecida como *Reforma Bresser- Pereira* cujos legados implicaram na extinção do RJU, desestabilizando o emprego, destituindo os direitos constitucionais adquiridos a partir da luta histórica dos trabalhadores e dificultando a possibilidade de organização destes para o enfrentamento da ordem estabelecida entre capital e trabalho.

A substituição do RJU pela CLT vem se consolidando com a implementação da lei do Emprego Público (Lei 9962 de 22 de fevereiro de 2000), sancionada ainda no governo de FHC, que prevê demissões em caso de desempenho insuficiente ou então excesso de despesa com pessoal. Como consta nos incisos III e IV do artigo 3º desta lei:

III – necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da lei complementar a que se refere o art. 169 da Constituição Federal;

IV – Insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas. (BRASIL, 2000, p.2).

A lei dá, então, ao gestor poder de mando sobre a estabilidade do vínculo, uma vez que este pode usar do argumento de desempenho insuficiente por incompetência no caso de trabalhadores que se dispuserem a questionar o processo de trabalho ou organizar mobilizações para contestar as condições deste trabalho. Essa mudança na legislação estaria, então, a contribuir com o não engessamento, leia-se, a desregulamentação do trabalho pelo poder público quanto a contratação de servidores.

A adoção do regime celetista no serviço público teve como um dos principais fatores a necessária flexibilização da relação entre servidor público e administração. Alegou-se que a Administração Pública ficava “engessada”

ante a estabilidade do servidor público, não podendo dispensar os servidores incompetentes, que só custos traziam ao erário, sem a contraprestação adequada (CAVALCANTI, 2000, p.190)

Vale ressaltar que, os trabalhadores regidos por CLT não possuem os mesmos direitos de estabilidade na carreira que os daqueles contratados via regime estatutário.

Inicialmente, necessário frisar que os servidores abarcados pela Lei nº 9.962/00 não recebem o tratamento do art. 41 da Constituição Federal, isto é, não adquirem estabilidade após três anos de efetivo exercício no emprego público, haja vista que tal norma constitucional aplica-se apenas aos servidores nomeados para *cargo* de provimento *efetivo* em virtude de concurso público. Logo, a estabilidade é apenas para os ocupantes de cargos, e não de empregos. (Ibidem, p.190).

Essa suscetibilidade a perda de emprego é, sem dúvida, um gargalo no processo de resistência e organização da classe trabalhadora no Setor de Serviços públicos. A partir daí, torna-se mais fácil cooptar lideranças, subornar trabalhadores, oprimir e deslegitimar qualquer ferramenta de luta organizada.

Dentre os direitos trabalhistas que os trabalhadores conquistaram estão às férias. O que tem se observado, contudo, é a existência de diferenciação na forma de usufruir destas, visto que esta depende da forma de contrato e do nível de escolaridade como informa o comunicado da gestão do trabalho do Distrito Sanitário III de 23 de março de 2009.

Essa condição também foi observada na pesquisa realizada por Costa:

As férias dos trabalhadores podem ser agrupadas em três categorias diferentes, férias de 30 dias corridos, férias subdivididas em dois períodos distintos de 15 dias cada, e férias de apenas 15 dias. Os profissionais concursados (que nesse caso restringiu-se a alguns ACS) têm direito a 30 dias corridos de férias. Os profissionais médicos, enfermeiro, odontólogo, técnica de enfermagem e ACD (contrato temporário) gozam de férias em dois períodos de 15 e 15 dias. Os demais profissionais que não se enquadram em uma ou outra categoria estão sujeitos a apenas 15 dias de férias anuais. (2010, p.68)

Ao cruzarmos os dados de vínculo com férias, supomos que os tipos de *vínculo empregatício* repercutem significativamente na forma de o trabalhador repor o desgaste físico das suas atividades laborais. O parcelamento das férias não permite ao trabalhador o descanso necessário. Essa limitação de tempo é justificada pela dificuldade de substituição de algumas categorias profissionais no período de férias, a exemplo de médicos e dentistas que não possuem o profissional itinerante correspondente, ao contrário do que acontece com o

enfermeiro e o ACD. No período de férias de médicos e dentistas, os usuários ficam sem atendimento, exceto no caso das Unidades de Saúde Integradas que sobrecarregam os profissionais da mesma categoria na ausência de um deles.

**Tabela 9** - Referência entre tipos de contrato e forma de usufruto das férias dos trabalhadores da ESF em João Pessoa-PB

Tipos de contrato	Tempo de férias	Condição
<b>Concursado municipal e estadual</b>	30 dias	Anual, sem interrupções.
<b>Prestador de serviço: de nível superior e técnico da saúde</b>	30 dias	Anual, parcelado em 15 dias.
<b>Prestador de serviço: apoio</b>	15 dias	Anual
<b>ACS não concursado</b>	30 dias	Anual, parcelado em 15 dias.
<b>ACS concursado – CLT</b>	30 dias	Anual, sem interrupções.

Fonte: Elaborada a partir de informações do comunicado da gestão do trabalho do Distrito Sanitário III, 23 de março de 2009.

Atualmente essa divisão das férias ainda perdura, havendo, entretanto, um aumento de mais 15 dias nas férias dos prestadores de serviço. Resultando em 30 dias, que devem ser usufruídos em duas fases: 15 dias e 15 dias. Os demais trabalhadores cujos contratos se dão por regime por CLT e RJU usufruem dos 30 dias seguidamente. Além das férias, os trabalhadores, de acordo com Setor de Gerência do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde têm direito ao 1/3 de férias<sup>14</sup> e 13º salário<sup>15</sup>. (SMS/JP, 2014).

<sup>14</sup> Além da remuneração mensal a qual o trabalhador tem direito durante o período das férias, o empregador deve pagar um adicional que corresponde a 1/3 do salário do empregado. O salário das férias e o adicional de 1/3 devem ser pagos até 2 (dois) dias antes do início das férias.

<sup>15</sup> A gratificação natalina foi instituída no governo de João Goulart por meio da [Lei 4.090, de 13/07/1962](#), regulamentada pelo [Decreto 57.155, de 03/11/1965](#) e alterações posteriores. Deve ser paga ao [empregado em duas parcelas](#) até o final do [ano](#), no valor corresponde a 1/12 (um doze avos) da remuneração para cada [mês trabalhado](#). O pagamento deve ser feito como referência ao mês de dezembro.

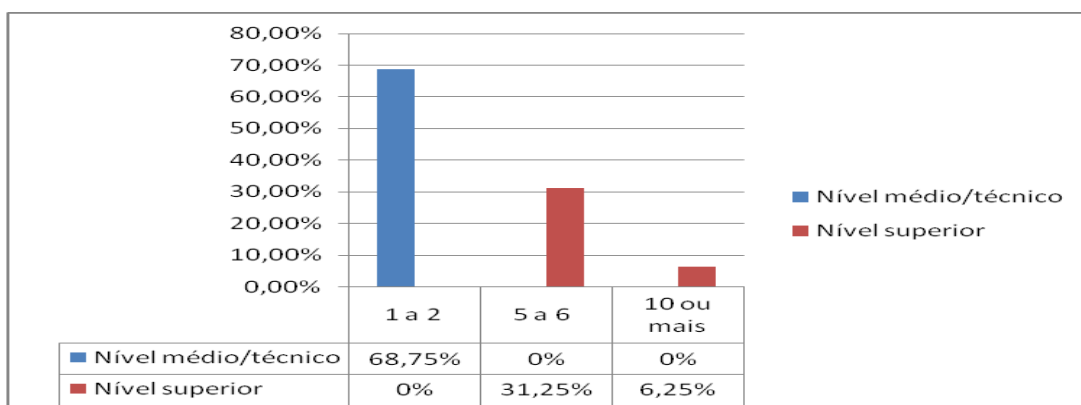
### 3.3.2 Remuneração e falta de isonomia salarial

Assim como existe uma diversidade de tipos de contratos de trabalho, há diferenças na condição salarial dos trabalhadores, tal como se observa na pesquisa de Costa (2010). Os números obtidos mostram a ausência de isonomia salarial mesmo entre os profissionais do nível superior, tendo apenas um com salário igual ou superior a 10 salários mínimos. Onze profissionais recebem apenas de 1 a 02 salários mínimos, destes um (6,25%) recorre à outra atividade remunerada para completar renda. Mesmo alguns de nível superior (18,75%) realizam outro tipo de atividade remunerada para complementação de renda, o que pode significar desgaste maior e provável adoecimento (Cf. Gráfico 2).

Esta condição implica em conflitos entre membros da própria equipe que separam os trabalhadores quando estes deveriam estar juntos na luta contra as ruins condições de trabalho e os vínculos fragilizados. Trata-se de um misto de consequências da divisão social e técnica do trabalho e da construção social econômica e histórica das profissões da saúde na qual os médicos sobressaem-se em detrimento dos demais profissionais e da situação favorável para os gestores já que dificultam a organização dos trabalhadores de forma uníssona e forte.

Apesar dos baixos salários, mostrados anteriormente, estudo de Albuquerque et al (2011) explica que muitos profissionais permanecem na ESF em razão do salário que é melhor que em outros serviços. Nesse sentido, 89% dos entrevistados disseram que este quesito foi determinante para a escolha desse serviço como campo de trabalho.

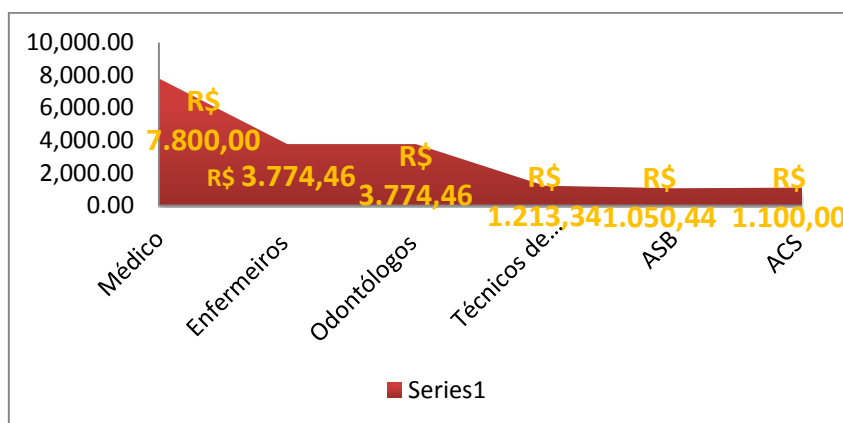
**Gráfico 2** - Distribuição do salário base (em salários mínimos) por escolaridade, no município de João Pessoa/PB



Fonte: Elaborado a partir de dados extraídos da pesquisa COSTA (2010).

Dados recentes referentes aos vencimentos dos profissionais da ESF (SMS/JP, 2014), demonstram ter havido um acréscimo nos valores que equipararam os salários independentemente do tipo de vínculo. É perceptível, entretanto, ainda a falta de isonomia salarial entre profissionais de mesmo nível de instrução.

**Gráfico 3** - Remuneração dos Profissionais da ESF. João Pessoa (2014).



Fonte: Elaborado a partir de dados cedidos pelo setor de Gerência do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/JP, 2014).

### 3.3.3 Organização do trabalho: polivalência/multifuncionalidade e desvios de funções

O processo de trabalho na ESF envolve uma equipe multiprofissional que tem atribuições específicas às categorias, mas também atividades coletivas como, por exemplo, as atividades educativas.

Como vimos, há a adoção de um discurso flexível que se apropria dos ideários da Reforma Sanitária Brasileira, tentando escamotear os conflitos para não garantir as condições adequadas de trabalho e a quantidade de trabalhadores necessária para execução resolutiva das funções.

Nesse sentido, a pesquisa Costa (2010) nos ajuda a identificar traços da racionalidade toyotista no processo de trabalho da ESF em João Pessoa. Nesse estudo, a função da enfermagem recebe destaque e aparece na fala dos entrevistados.

Ela [a enfermeira] que é a responsável de gerir a unidade. Então ela é a responsável pela produção mensal, responsável por todo entrave burocrático da unidade de saúde. Mas isso não inflige que a gente não a ajude. (E1)

Como as enfermeiras<sup>16</sup> possuem a atribuição de coordenar da equipe de saúde, as tarefas burocráticas recaem sobre as mesmas que muitas vezes levam os afazeres para casa para realizá-los na hora do almoço ou à noite, já que as oito horas diárias se mostram insuficientes. Há, então, acúmulo de funções por parte de alguns profissionais (multifuncionalidade), a exemplo das enfermeiras que, além das suas atividades técnicas, são responsáveis por funções gerenciais.

Acresce a isso um discurso coletivo de cogestão e de trabalho em equipe que sem que seja percebido pelo trabalhador significa acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho, configurando a tendência de organização do trabalho nos moldes do toyotismo.

[...] a gente procura integrar toda a equipe em todos os trabalhos. Sempre que eu faço a minha aí eu arranjo um pouquinho de tempinho pra ajudar nas outras funções. Ajudo na sala de vacina, a enfermeira agora me ensinou como é que anota as vacinas, tal, aí eu já tô ajudando lá também. Teve um tempo que eu fiquei na marcação de consulta, aí já veio um rapaz e ficou, na farmácia também, eu ajudo a organizar medicação. Assim, o que for possível, se eu tiver tempo, eu ajudo (E2).

Seguindo um movimento de incorporação das críticas dos trabalhadores ao processo de trabalho hierarquizado e fragmentado com características gerenciais fordistas/tayloristas, tidas como engessadoras do trabalho e impactantes na rotina de vida dos profissionais, faz-se a adequação dos discursos da gerência e propõe-se a participação ativa dos trabalhadores nos “processos decisórios” como ocorreu nas fábricas regidas pelo modelo japonês de produção. Assim,

A organização gerencial, que no modelo taylorista era extremamente verticalizada, também é modificada, horizontalizando-se sensivelmente, com a eliminação de diversos níveis hierárquicos intermediários e com delegação de responsabilidades para os trabalhadores de base. Surgem espaços nos quais os trabalhadores devem opinar e dar sugestões relativas à produção, entre os quais, se destacam os chamados Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), que talvez, seja o aspecto do modelo japonês mais difundido no mundo ocidental. (BERNADO, 2009, p.26-27)

Em verdade, trata-se de uma maneira de mediar os conflitos decorrentes das condições inadequadas para a realização do trabalho e do processo rígido focado na

---

<sup>16</sup> Há uma prevalência de mulheres na categoria de enfermagem, bem como entre os trabalhadores da ESF. Por isso nos referiremos a ela usando o gênero feminino, sem considerar que existem profissionais do sexo masculino.



produtividade desse labor, fazendo crer ao trabalhador que ele participa da tomada de decisão, quando, na realidade, continua tendo que cumprir metas distantes da realidade dos determinantes sociais e econômicos da área de abrangência sem condições e relações de trabalho adequados. Metas essas elaboradas pelo nível central (MS e Secretaria Municipal de Saúde) e orientadas na perspectiva da focalização determinada pelo Banco Mundial, sem que o Estado assuma a responsabilidade de viabilizar políticas públicas capazes de reduzir as expressões da questão social naquele território.

Pinto assinala como Taichii Ohno, engenheiro da Toyota mentor do modelo toyotista pensou a construção da polivalência e multifuncionalidade.

Ohno perseguiu o objetivo de agregar no mesmo posto de trabalho máquinas de diferentes finalidades, o que lhes permitiria, por conseguinte, concentrar no mesmo local diferentes funções de trabalho, antes limitadas a departamentos distintos no espaço da fábrica pelo sistema taylorista/fordista (...). À medida em que Ohno foi conseguindo fundi-las em poucos postos de trabalho, estes adquiriram o aspecto de uma “ multifuncionalidade”, o que exigiu somarem-se neles todas as atividades antes subdivididas em várias funções, exigindo-se, portanto, dos trabalhadores aí empregados, a responsabilidade por sua execução dentro da mesma jornada. Cumprida essa fusão de várias funções e atividades, designou-se de “multifuncionais”, ou “ polivalentes”, aos trabalhadores por elas responsáveis. (2007, p.56-57).

Com as devidas adaptações e ressalvas é possível visualizar traços da multifuncionalidade/polivalência na prática profissional de categorias diversas que imersas no mesmo ambiente de trabalho com funções peculiares às suas atribuições, mas também com atividades comuns ao conjunto da equipe sejam induzidas a realizarem atividades que fogem de sua ossada como, por exemplo, realizar o transporte de documentos e insumos para o distrito sanitário, gerenciar o recebimento de insumos e medicamentos na farmácia da USF, ou ainda, abrir e fechar a unidade.

A convivência num mesmo espaço físico e a percepção da sobrecarga de trabalho sobre o colega de trabalho acaba despertando um sentido de solidariedade que pode esconder os conflitos da polivalência e da multifuncionalidade. Como se percebe no depoimento a seguir:

“Se a gente trabalha em equipe, então a equipe tem que se ajudar” (E1) (Ibidem, p.43).

Talvez sem perceber, os trabalhadores reproduzam as características do modelo japonês que enfatiza os conhecimentos generalistas em detrimento dos especializados. E diante do número insuficiente de profissionais e da intensificação do trabalho viabilizem a multifuncionalidade como forma de sobrevivência no posto de trabalho já que, como complicador, em geral, não possuem vínculos trabalhistas estatutários.

Na concepção do modelo japonês, os trabalhadores deixam de ser “especializados”- no sentido taylorista do termo, ou seja, capacitado para realizar uma única tarefa simples- para se tornarem “multifuncionais”. (CORIAT, 1994 *apud* BERNARDO, 2009, p.26)

Enfocamos nessa análise as enfermeiras, todavia, essa condição não se restringe apenas a essa categoria, atingindo também outros profissionais como, por exemplo, dentistas, ACS e médicos. O que há de comum além da descrição da condição da multifuncionalidade são as sensações de frustração, angústia, tensão e cansaço que podem ser captados nos depoimentos.

Além dos traços da racionalidade toyotista aqui descritos, podemos identificar nos estudos de Costa (2010) características do modelo fordista/taylorista. Convivem em um mesmo processo de trabalho elementos constitutivos de filosofias administrativas que foram adaptadas do chão de fábrica para o serviço de saúde prestado na ESF.

Atualmente profissionais de saúde vinculados ao NASF foram inseridos na atenção básica na perspectiva de atuarem como gestores/gerentes a nível local. As diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) sobre o NASF colocam que as algumas das atribuições dos profissionais são:

- Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; [...]
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; (BRASIL, 2009, p.23).

As atribuições apresentadas colocam os integrantes do NASF numa posição de coordenação das EqSF, visto que assumem tarefas de promover discussões, elaborar instrumentos de trabalho, realizar a comunicação com os distritos sanitários e a SMS, coordenar reuniões e intermediar o controle dos recursos disponíveis.

O relatório de gestão do Distrito Sanitário III apresenta algumas das atribuições debatidas pelo coletivo de integrantes do NASF no ano de 2009 que confirmam alguns dos papéis do apoio matricial no município de João Pessoa.

Através da *Discussão do Processo de Trabalho das ESF* o Apoiador teve espaço para discutir com os profissionais quais as suas principais necessidades e planejar em equipe as ações para melhorar o funcionamento do processo de trabalho. Como exemplo, temos a implantação do acolhimento nas ESF que no ano de 2010, 32 ESF já realizam este tipo de atendimento.

[...] Na *Mediação de Conflitos* o Apoio Matricial aproxima-se mais dos conflitos internos que perpassam a relação entre os próprios profissionais e entre estes e os usuários, tornando-se um mediador das complexas situações humanas presentes em todo e qualquer local que realize o processo de trabalho entre seres humanos, favorecendo a construção de um ambiente de trabalho mais transparente e eficaz na resolubilidade de demandas da população.

[...] Na *Co-gestão da ESF* o apoiador posiciona-se como o elo entre o DSIII e a ESF. Na ESF atua não só como profissional de saúde como também aquele que coordena o processo de trabalho de toda a equipe, percebendo suas necessidades, seus conflitos e articulando-se entre a rede setorial e intersetorial para atender as necessidades do território. (PMJP, 2010, p. 3-5)

Essa “tecnologia de gestão” é nomeada pelo MS como “apoio matricial”. Segundo o Ministério,

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. (BRASIL, 2009, p.12)

Esse apoio deve trabalhar com a equipe referência (a EqSF) que buscará constituir uma coordenação (gerência) diferenciada,

[...] através da qual deve enfrentar a herança das “linhas de produção” tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações. (Ibidem, 2009, p.11).

A proposta do Ministério da Saúde reconhece a existência de traços característicos do modelo taylorista nas equipes, propondo que se enfrente essa “herança” a partir de uma nova abordagem que não fragmente e estabeleça hierarquias.

O que se observa, entretanto, a partir das pesquisas de Costa (2010) é que permanece “um controle externo personificado na figura do apoiador” (p.44). E mesmo dentro da própria equipe a enfermagem possui atribuições que lhe conferem, na prática, missão de

gerente. Nesse sentido, cumpre um papel de mensageiro de normas, diretrizes e demandas do nível central, o apoiador media conflitos, evitando que eles ultrapassem o ambiente da USF.

A relação com a equipe não é tranquila, sendo muitas vezes estes profissionais vistos como fiscais da SMS.

Eu acho que os apoiadores. Eles que vem, assim, supervisionar a unidade.  
(E2) (Ibidem, p.45).

Notamos que Campos (1997, *apud* Ribeiro et al, 2004) indica que as equipes de saúde, de modo geral, sofrem influência da racionalidade taylorista, visto que acumulam normas administrativas e técnicas que fragmentam e imobilizam as relações e o trabalho no serviço, expressas na dificuldade da relação entre o trabalho coletivo e o especializado.

Diante do exposto, notamos que a “flexibilidade” e os conflitos gerados pela convivência da racionalidade taylorista e toyotista no processo de trabalho somam-se as condições de trabalho deficitárias expressas na convivência com estruturas físicas insalubres, sobrecarga de trabalho, pressão psicológica decorrente dos conflitos entre gestores e trabalhadores, entre os próprios trabalhadores e entre estes e os usuários que resultam num processo crescente de adoecimento, como veremos a seguir.

### 3.3.4 Condições de trabalho

Considerando que o processo de trabalho das EqSF não se restringem ao ambiente físico das unidades de saúde, compreendemos que Silva (2006) faz uma análise interessante a cerca das dificuldades de operacionalização dos objetivos da atenção básica, incorporando o território e as expressões da desresponsabilização do Estado com o trato das expressões da questão social que atinge a população de modo geral e os trabalhadores da ESF.

Quando nos referimos à área de abrangências das USFs, a implantação da ESF se viabilizou primeiramente em bairros cujas condições de infraestrutura, saneamento e acesso a serviços de modo geral eram (ou são?) deficitárias.

Segundo a autora,

As áreas de abrangência onde se localiza a maioria das Unidades de Saúde da Família surgiram entre as décadas de 1970 e 1980, tempo que pode ser associado ao crescimento da cidade de João Pessoa, e ao crescimento de favelas, nas grandes cidades.

A compreensão deste fenômeno deverá, necessariamente, passar pelo entendimento do modo pelo qual se dá a acumulação de capital e da importância da favela para garantir trabalhadores a seu serviço, no processo de expansão capitalista (2006, p.180).

Mesmo após ter se transcorrido muitos anos desse momento descrito anteriormente, observam-se problemas semelhantes que convivem com a combinação do moderno com o atrasado. Bolsões de pobreza nos quais se encontram esgotos a céu aberto, casebres e barracos sujeitos a demolição, resíduos sólidos sem coleta, ruas sem calçamento, com população envolvida com o consumo de drogas ilícitas e lícitas além de outras expressões da questão social diferem bastante dos condomínios residenciais nas áreas mais elitizadas da cidade.

As desigualdades delineadas pela concentração de renda e riqueza conformam bairros com características diferentes, ou mesmo, diferenças dentro do próprio território, o que interfere nos determinantes sociais e econômicos das doenças e colocam limites significativos na resolução das demandas por parte dos trabalhadores que compõem as EqSF, mesmo quando eles reivindicam ações aos órgãos competentes.

Pela ausência das Políticas Públicas do Estado que amenizem as condições impostas pela questão social, os trabalhadores intervêm “apagando fogo”, sem, contudo, terem condições de solucionar os problemas de saúde da população, embora tenha se esforçado bastante para isso.

Isso caracteriza o que está se chamando de *focalização*. As ações são destinadas aos mais pobres para amenizar as expressões da questão social, enquanto do lado mais rico da sociedade, cada vez mais adquire riqueza pela expropriação da mais valia da força de trabalho da classe trabalhadora, pela incorporação dos impostos para sanar dívidas públicas históricas não reivindicadas pelos trabalhadores.

É preciso explicitar, entretanto, que não cabe a EqSF solucionar problemas decorrentes da contradição capital-trabalho expressas na desresponsabilização do Estado frente às condições insalubres dos bairros mais pobres deste país, da fome e da miséria nele presentes. Cabe ao Estado Brasileiro devolver aos trabalhadores os frutos do trabalho destes para amenizar as expressões da questão social e compete à classe trabalhadora organizada reivindicar reformas estruturais que não acontecerão no sistema capitalista.

No que concerne à estrutura física das USFs, as pesquisas têm denunciado indícios de condições insuficientes para garantir o bom funcionamento da estratégia.

Na fase inicial de implantação do PSF em João Pessoa (1998), muitas casas sem condições de instalar as equipes foram alugadas para acolhê-las e atender aos usuários. Posteriormente, algumas unidades básicas de saúde passaram a ser reformadas para abrigar as equipes, tendo em vista as condições ruins de funcionamento em casas pequenas e com estrutura inadequada para assistência à saúde.

Como nos mostra Costa (2010, p. 38), “[...] as equipes trabalham em mínimas condições de trabalho. *As estruturas são precárias e inapropriadas*, os materiais e equipamentos em sua maioria são velhos e gastos”.

Em João Pessoa, a prefeitura tem implantado, desde 2006, Unidades de Saúde da Família integradas. Três ou quatro equipes de saúde da família dividem o mesmo prédio, com espaços em comum (sala de vacina, de coleta, de observação, de nebulização, de exame citológico, copa, banheiros e farmácia) e espaços específicos de cada ESF.

A implantação dessas unidades ofereceu uma melhora na estrutura física das USF, todavia, trouxe, na interpretação de vários profissionais, alguns problemas como a dificuldade de acesso, por exemplo, de usuários idosos, hipertensos e gestantes e a perda de vínculo com alguns dos usuários, devido ao aumento da distância da USF para o território; o convívio de um número grande de profissionais, dificultando a realização de algumas atividades que são melhor realizadas em grupos menores e certa descaracterização da atenção básica, aliada à dificuldade de a rede de atenção ofertar serviços de média complexidade aos usuários.

A nosso ver, trata-se de uma estratégia de economia de recursos, tendo em vista o uso comum de alguns espaços e de insumos, o que reduz o acesso à quantidade adequada de insumos para cada ESF que divide a mesma unidade integrada.

A precarização do trabalho se evidencia, também a partir dos próprios depoimentos dos trabalhadores.

[...] muitas vezes assim, a gente não consegue finalizar o que a gente concretiza por falta mesmo, talvez, do equipamento medicamento, por exemplo. Como quando eu faço o planejamento familiar todo da paciente, quando chega no medicamento, o medicamento tá em falta (E1)<sup>17</sup> (Costa, 2010, p.39).

---

<sup>17</sup> Para nomear as Equipes de saúde da família entrevistadas Costa (2010) usou E1 e E2.

A *falta de insumos* aparece como um complicador para a realização dos procedimentos básicos e a resolutividade da atenção. Outro problema encontrado pelos trabalhadores é a falta de ventilação de algumas salas e a estrutura física das USF's.

A unidade de saúde é extremamente quente, nós não temos nenhum sistema de ventilação. Nós não temos nem ventilador nem ar-condicionado[...]. Nossos aparelhos de aferir pressão estão danificados, então estamos no aguardo (E2) (Ibidem, p.38).

A pesquisa de Albuquerque (2011) confirma essa condição ao mostrar que 47,2% dos entrevistados disseram que nunca ou raramente há quantitativo suficiente de instrumentos.

Seguindo essa análise, o pesquisador averigua a porcentagem de disponibilidade de insumos na qual identificou que 23,3% dos profissionais de categorias diferentes disseram que raramente estão disponíveis. Olhando os insumos mais especificamente 36,8% dos entrevistados afirmaram que não possuem gases, e 59,8% dos profissionais disseram que não havia remédios.

Considerando as avaliações negativas, os trabalhadores de nível médio e técnico (24,63%) tiveram a porcentagem maior que os de nível superior (19,73%). Avaliando a porcentagem entre as categorias, os ACS possuem mais avaliações negativas. Supõe-se que isso aconteça por estarem na ponta sendo mais requisitados pelos usuários para entrega de preservativos e medicamentos.

Aliado a isso, os trabalhadores relatam *sobrecarga de trabalho* pelo grande número de usuários que acessam o serviço e pelo aumento de famílias adscritas que não corresponde ao aumento de equipes para atender à necessidade da população.

Olha, eu acho que a carga do PSF é a demanda intensa, sabe. Muitas vezes uma demanda que a gente não consegue controlar, as vezes a gente tenta agendar, tenta controlar, mas é uma demanda sempre crescente. (E1) (Costa, 2010, p.62).

Como as USF foram implantadas em áreas periféricas cuja população é carente por educação e assistência em saúde e onde o adoecimento se acentua pelos condicionantes sociais, econômicos e culturais, a procura espontânea pelo serviço é alta, interferindo na realização das atividades com eficiência. Embora se busque constituir uma atenção à saúde voltada para prevenção e promoção da saúde as EqSF são sufocadas pela demanda de

atendimentos curativos e às vezes emergenciais. Para os quais, no caso destes últimos, as unidades e os profissionais não estão preparados.

O processo burocrático de captação de dados para constituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e avaliar os indicadores de atenção à saúde é tida como mais uma demanda solicitada pela gestão municipal que toma tempo e ocupa principalmente os ACS e a enfermeira. Como aqui já foi mencionado, a enfermeira assume a coordenação na EqSF enquanto responsável técnica, assumindo as responsabilidades de divisão de tarefas com os demais membros e a organização de informações que precisam ser repassadas ao nível central.

Uma consequência não menos significativa do trabalho em espaço tão conflitante que interfere na qualidade da execução da assistência, na satisfação com a prática profissional e na qualidade de vida dos trabalhadores é a pressão psicológica com a cobrança para se atingir metas e programações sem que haja condições para tal.

Os profissionais relatam existir uma alta cobrança com a quantidade de atendimentos evidenciados nos indicadores, mesmo sem que haja o compromisso da gestão para garantir condições dignas de trabalho. Na pesquisa de Costa (2010) identificamos esse sentimento de desgaste psíquico em razão das cobranças dos apoiadores matriciais e, conseqüentemente, da gestão. Nos depoimentos, percebe-se o desconforto dos profissionais com a cobrança para alcance dos indicadores de saúde.

No período da pesquisa, havia um instrumento de acompanhamento dos principais indicadores da atenção básica que precisavam ser constantemente discutidos nas reuniões de equipe,

[...] acompanhamento de hipertensos e diabéticos, do número de gestantes cadastradas no primeiro trimestre, do número de nascidos vivos, do número de gestantes que concluíram o acompanhamento, do número de mulheres entre os 25 a 59 anos que realizaram o exame de prevenção do câncer cérvico uterino, do acompanhamento de primeira consulta odontológica e da escovação supervisionada (PMJP, 2010, p.7).

A cobrança pelo alcance dos indicadores se dá em razão da necessidade de financiamento da ESF que é balizado pelo alcance dos indicadores delimitados pelo Ministério da Saúde.

Esse conjunto de elementos pode acumular no histórico ocupacional dos trabalhadores uma série de *doenças e problemas de saúde* relacionados ao trabalho, tais como



dores na coluna, hipertensão arterial sistêmica, tendinites, distúrbios de sono e problemas do sistema respiratório. O sofrimento psíquico decorrente da estafante jornada de trabalho e pressão por parte dos usuários cobrando a oferta de qualidade dos serviços, por parte da gestão, cobrando resultados e por parte dos próprios trabalhadores que sentem a dificuldade de ofertar um bom serviço em condições de trabalho insuficientes é um dos problemas a que estão acometidos estes trabalhadores.

Diante da análise dos dados de realidade, identificamos traços da racionalidade taylorista/ fordista, bem como toyotista na forma de organização do processo de trabalho da ESF em João Pessoa. Além disso, as tendências de flexibilização e precarização do trabalho na ESF se evidenciaram pelos dados incorporados ao texto, que apresentaram diversidade contratual e de forma de ingresso e falta de isonomia salarial. A análise dos dados apontou ainda condições estruturais deficitárias, falta de insumos e de recursos, de modo geral e sobrecarga de trabalho que é acentuada pela pressão psicológica acionada pela gestão no cumprimento de metas.

Assim, pelo exposto, apreende-se como a conjuntura de mudanças no mundo do trabalho atingem os profissionais da Estratégia de saúde da família no município de João Pessoa, verificando-se dados concretos da flexibilização e precarização do trabalho e nas condições de execução da assistência à saúde dos usuários do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a presente investigação teve como objetivo identificar e analisar as condições e relações de trabalho, bem como os traços característicos da racionalidade produtiva no setor público de saúde que teve como pressuposto orientador os fenômenos da *flexibilização* e da *precarização* do trabalho, considerando as tendências da relação capital-trabalho que vêm se apontando em todo o mundo, no tocante a reestruturação produtiva e a contrarreforma neoliberal do Estado, das quais observamos inflexões no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.

Diante da suposição de haver tendências da flexibilização e da consequente precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa perguntamos aos dados de realidade: Quais as tendências do perfil de trabalhadores da ESF em João Pessoa? Quais as formas de contratação e situação salarial desses trabalhadores? Quais as condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) em João Pessoa e quais as modalidades de organização de trabalho identificadas no cenário estudado?

Ao avançar na pesquisa bibliográfica e documental, compreendemos que a realização e a exploração da força de trabalho em condições inadequadas, sem o retorno real do valor do que é produzido não é novidade desde que o capitalismo existe, contudo, o fato é que mesmo após avanços, advindos das lutas históricas da classe trabalhadora, as condições de realização do trabalho ainda continuam degradantes e não oferecem qualidade de vida adequadas para aqueles que vendem a sua força de trabalho.

Os efeitos da crise do capital da década de 1970 e os desdobramentos dela, expressos da reestruturação produtiva, num contexto de mundialização do capital e a adoção do Neoliberalismo como orientação econômica, política e ideológica, agravaram, sobremaneira, a situação da classe trabalhadora, desmontando os direitos adquiridos e atingindo também aqueles que atuam no serviço público.

Portanto, como vimos ao longo da dissertação, numa fase de acumulação capitalista flexível, de forma proeminente, verificam-se impactos significativos nas condições e relações de trabalho, que compreendem: sequelas do processo de flexibilização com a efetivação, por exemplo, de contratos temporários, isto é, de desregulamentação dos direitos trabalhistas, duramente conquistados pela classe trabalhadora pré-vigência do Estado de Bem estar Social e a consequente precarização do trabalho no tocante ao desemprego, à instabilidade ocupacional, às terceirizações, às condições estruturais, às parcas remunerações,

às férias fragmentadas de acordo com o vínculo empregatício, a falta de isonomia salarial e a sobrecarga de trabalho, condicionada pelo misto das racionalidades fordista, tayloristas e toyotista no cotidiano laboral.

Nesta perspectiva, analisamos, também, como os projetos antagônicos da sociedade se expressam no setor de saúde. Para isso, recorreremos à história, por compreendermos que esta, em processo, expressa o atual cenário de contradições do setor. Abordamos, então, como essa disputa foi se materializando desde os tempos anteriores à gênese da intervenção estatal no setor de saúde no Brasil, perpassando a conformação de uma política social mais estruturada, com inspiração universalizante e que reafirma o fortalecimento da seguridade social como resposta as reivindicações dos trabalhadores. Desse ponto, chegamos à atualidade, aproximando-nos da leitura dessa correlação de forças num cenário de evidentes perdas e desmonte dos direitos sociais e trabalhistas que repercutem na própria condução da política social e no acirramento das condições deficitárias da assistência à saúde.

Como vimos, no Brasil, mesmo sem se ter experienciado o Estado de Bem-Estar Social, a luta pela redemocratização pós-regime ditatorial, apontou perspectivas socializantes e universalistas para o arcabouço jurídico da Constituição Federal e das políticas sociais, em especial a Política de Saúde, o Sistema Único de Saúde.

Naquele cenário, a correlação de forças relativamente favorável aos trabalhadores desencadeou alterações inspiradas no Estado de Bem-Estar Social europeu. Essas alterações registradas em legislação, todavia, *pari passu*, foram perdendo seu caráter universalista e ficaram longe de serem materializadas, visto também a alteração na correlação de forças internacional e nacional.

Com a eleição de presidentes socialdemocratas e, também, de esquerda que adotaram a política macroeconômica neoliberal em franca ofensiva em todo o mundo, os direitos trabalhistas, a estabilidade contratual e com ela a capacidade de enfrentamento foram abaladas, alijando do trabalhador a possibilidade de manter alguma condição melhorada de trabalho.

Com a postura acalentada dos trabalhadores, diante da ofensiva do capital e dos transformismos dos partidos políticos e das organizações sindicais, abriu-se caminho para a utilização cada vez maior da saúde como mercadoria e como importante setor de acumulação capitalista, como mencionamos. Isso tem como resultados implicações danosas ao projeto de

Reforma Sanitária Brasileira que, é bombardeado com propostas que deslegitimam o caráter universal e público da assistência à saúde, incorporando a lógica público-privada a partir das Fundações Estatais de Direito Privado, das Organizações Sociais (OS's), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) e, mais recentemente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSHER).

Observamos, portanto, consequências desastrosas para a classe trabalhadora atuante no setor de saúde, no que diz respeito às relações e condições de trabalho. Progressivamente, pela flexibilização e precarização do trabalho, essas consequências se complexifica em detrimento da estabilidade e regulamentação do trabalho.

Nesta perspectiva, os dados de realidade aqui analisados demonstraram haver tendências de flexibilização e da consequente precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.

A diversidade de vínculos empregatícios que vão desde o RJU, a CLT e os contratos temporários apareceu em todos os dados secundários analisados. Atualmente, ainda prevalecem os vínculos por meio de CLT, regime estatutário e contrato temporário, sendo este último, de forma geral o que mais se apresenta.

No que tange a falta de insumos e de recursos, foi unânime a afirmação de que existe deficiência no fornecimento de insumos e de outros recursos de modo geral, bem como no que diz respeito à infraestrutura das unidades, embora se considere ter havido alguma melhora visual atualmente.

O aspecto da sobrecarga de trabalho expressa, por exemplo, na alta quantidade de usuários atendidos e de atividades repetitivas realizadas pelos trabalhadores e na multifuncionalidade/polivalência também está presente nos dados estudados.

Como vimos, também foi relatado o adoecimento pela sobrecarga de trabalho e sequelas da coerção por parte da gestão, que associados aos salários delimitados pelo tipo de regime empregatício e a falta de isonomia salarial conferem, portanto, uma condição de precarização de trabalho nesse serviço.

Analisar o nosso objeto de estudo, a partir da perspectiva teórico-metodológica crítica, fez-nos buscar a aproximação da essência do fenômeno, em detrimento da aparência que, por vezes, fundamenta os referenciais teóricos das disciplinas de Saúde Coletiva integralizadas no curso de Fisioterapia e nos demais cursos da saúde desta universidade. Uma vez que, ora se expressa a defesa do projeto privatista e ora, hegemônica-se, nesse caso no

campo da saúde coletiva, a defesa do projeto de saúde do “SUS possível” que desistiu de buscar reformas estruturais do campo da saúde e nos demais, pelo desconsolo com as derrotas da classe trabalhadora imprimidas com a derrocada da experiência socialista na então União Soviética, como se esse fosse o *fim da história*, a maneira Fukuyama<sup>18</sup>.

Não se assume, entretanto, que quando se faz essa opção, digo a do “SUS possível”, abraça-se também, mesmo que indiretamente, a escolha de manutenção das condições flexibilizadas e precarizadas de trabalho daqueles que materializam a atenção à saúde em seus vários níveis (básica, média e alta complexidade) sem se lutar efetivamente pelo estabelecimento de planos de cargo e carreira, como jornadas de trabalho igualitárias e dignas e infraestrutura adequada para a resolutividade da assistência.

Colabora-se, então, com a constituição e consolidação de discursos que se apoiam nas expressões solidárias dos trabalhadores como a de “trabalho em grupo” sem condições para tal, a fim de forjar outras idéias como a de co-gestão, que capitulam o trabalhador, mistificando o que é essencial no seu processo de reconhecimento enquanto tal: a solidariedade entre si em torno de lutas contra as condições estruturais deficitárias, as remunerações insuficientes e não-isonômicas, os desvios de função e multifuncionalidades e por toda carga de adoecimentos, a exemplo de lesões por esforço repetitivo (LER), fibromialgias, síndromes do pânico e similares que acometem aqueles que tem que lidar com a contenção das expressões da questão social *in loco*.

Nesse percurso de aproximação do objeto de estudo, nos propusemos a realizar uma pesquisa empírica, com a finalidade de obter dados da realidade primários, através uma amostra probabilística significativa, que nos daria condições de afirmar algumas conclusões de forma mais fidedigna.

Iniciamos todo o processo metodológico de delimitação de amostra com auxílio de uma profissional estatística, com a qual definimos uma amostra aleatória de equipes de saúde da família a serem entrevistada por nós, bem como elaboramos todo o instrumental necessário para pesquisa em campo. Incorporamos, ainda, nosso projeto à Plataforma Brasil e demos entrada em documentação no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde.

Seguindo o caminho da pesquisa, demos entrada no setor de gerência de Educação em Saúde, para adquirir o termo de anuência. Etapa necessária para os trâmites no comitê de

---

<sup>18</sup> Francis Fukuyama é um filósofo economista político nipo-estadunidense autor dos livros “O fim da História” e “O fim da história e o último homem” nos quais defende a teoria de que o capitalismo e a democracia burguesa constituem o coroamento da história da humanidade, após a “derrota” do facismo e do socialismo.

ética, todavia, diante de algumas dificuldades nesse percurso e o andamento do processo no comitê de ética referido, tivemos que abdicar da pesquisa de campo, ficando apenas com alguns dados adquiridos inicialmente no setor de gestão do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Avaliamos que, a ausência da coleta de dados em campo nos retirou a possibilidade de enxergar a riqueza dessa etapa da pesquisa, recolhendo de cada trabalhador os depoimentos a respeito do tema e podendo ampliar as análises com o respaldo da estatística. Contudo, a escolha tomada, diante das limitações no percurso, de analisar os dados secundários extraídos de pesquisas *in loco* e de documentos da gestão, permitiu-nos ter acesso à compreensão da realidade, tendo elementos para responder as perguntas feitas ao objeto sem prejuízo nas análises.

De modo que entendemos que a complexificação das consequências da questão social coloca trabalhadores e usuários do SUS num contexto cada vez mais intrincado de sobrevivência, desafiando-os a entenderem a realidade socioeconômica e agirem sobre ela.

Apesar de se afirmar que a conjuntura atual aponta uma correlação de forças desfavorável para a classe trabalhadora, compreendemos que há possibilidades de intervenção nessa correlação de forças de modo a construir uma hegemonia que suplante a ordem estabelecida. Trata-se, assim, de se seguir fazendo uma profunda análise das condições colocadas com objetivo de subsidiar os enfrentamentos da condição de exploração estabelecida atualmente. Apontamos, portanto, o desafio de as organizações sindicais e partidárias investirem em processos de formação de modo a compreender a totalidade que se apresenta e os meandros da mesma e apostar em ferramentas organizativas que exponham as contradições existentes entre o capital e o trabalho.

Como uma referência importante, ressaltamos o esforço empreendido pelo Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esta frente é composta por várias entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde estaduais, centrais sindicais, sindicatos e partidos políticos e projetos de extensão universitária que tem como finalidade a defesa do SUS público, estatal, gratuito e universal e a reafirmação da proposta de reforma sanitária brasileira defendida nos anos da década de 1980.

Nessa perspectiva, o estudo afirma o compromisso de investigação da realidade concreta, de modo a oferecer subsídios para aprofundamento teórico da temática no sentido de

contribuir com sua problematização junto à classe trabalhadora que precisa retomar a luta pelas reformas estruturais de que o país necessita.

Por fim, verificamos que a conjuntura aponta o desafio da realização de maiores pesquisas a respeito do tema, explorando a realidade concreta a partir do contato em campo com os trabalhadores da ESF e buscando enfoques diferenciados para o objeto de estudo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho. Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2000, 365p. (Coleção Mundo do Trabalho).

\_\_\_\_\_. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho /** Giovanni Alves. 2ª edição – Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007, 288p.

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; MELO, Cynthia de Freitas; SOUZA FILHO, Francisco Elmiro de and ARAUJO NETO, João Lins de. **Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2011, vol.28, nº 3, p. 363-370. ISSN 0103-166X.

ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo.** In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 09-23.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil.** In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais /** São Paulo: Cortez, 2012, p. 29-54.

ANTUNES, Ricardo; POCHMANN, Marcio. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil.** In: ALBERTO, D. CIMADAMORE e Antonio David CATTANI (Eds.) CLACSO-CROP Series. CLACSO/Tomo Editorial, Porto Alegre, 2007, p. 195.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010, 213 p.

\_\_\_\_\_. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil /** Ricardo Antunes (Org.) São Paulo: Boitempo, 2006, 528 p.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009, 287 p.

\_\_\_\_\_. **Dimensões da precarização estrutural do trabalho.** In: DRUCK, Graça; FRANCO Tânia (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização /** (Org.). São Paulo: Boitempo, 2007, p. 13-22.

\_\_\_\_\_. **Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?** Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Região da América Latina e do Caribe. **Governança do Sistema Único de Saúde (SUS)**



**brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos.** Brasil, 15 de fevereiro de 2007 (Relatório nº 36601 – BR).

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: deseestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003, 303 p.

BERNARDO, Márcia Hespanhol. **Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores,** 1ª Ed., São Paulo: Expressão Popular, 2009, 192 p.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do aparelho do Estado e as mudanças constitucionais: síntese e respostas a dúvidas mais comuns** / Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1997, 24 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 85-334-0770-X.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção. **Diretrizes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família,** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9962 de 22 de fevereiro de 2000.** Dispõe sobre o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9962.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9962.htm)> Acesso em: 20 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Nº 251 – DOU – 31/12/12 – seção 1 – p.223 Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/49565611/dou-secao-1-31-12-2012-pg-223>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro nacional de Estabelecimentos de saúde.** CNES. Disponível em <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informação da atenção básica / DATA SUS. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFPB.def>>. Acesso em: 20 jul. 2014b.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista. A degradação do trabalho no século XX.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1974, 379 p.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões.** In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sinus, 2011.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** Trabalho apresentado no XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica, Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre, 2009. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 21 mai.2014.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Governo Lula.** In: BRAVO, M.I.S (Org). **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde** 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adurfrj-SSind, 2008, 48 p.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E., BRAVO, M. I.; TEIXEIRA, M. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** FNEPAS, Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm) Julho de 2006>. Acesso em: 21 mai 2014.

CARCANHOLO, M.D. **Abertura externa e liberalização financeira: impactos sobre crescimento e distribuição no Brasil dos anos 90.** Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: o Autor, 2002.

CAVALCANTI, Geilza Fátima. **Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000: um retrocesso jurídico.** Revista de informação legislativa, v. 39, n. 156, p. 179-195, Out/Dez. de 2002, 10/2002. Disponível em <[http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/22/browse?order=ASCerpp=20esort\\_by=1eetal=1eoffset=2267etype=title](http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/22/browse?order=ASCerpp=20esort_by=1eetal=1eoffset=2267etype=title)>. Acesso em 20 de jun. 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O banco Mundial e as tendências da contra-reforma na Política de Saúde brasileira.** Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII n. 13, São Luiz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Contra-reforma na Política de Saúde Brasileira: flexibilização da Gestão e as Fundações Estatais.** IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, Neoliberalismo e Lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas, São Luís, 2009. Anais. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9\\_estados-e-lutas-sociais/contra-reforma-na-politica-de-saude-brasileira-flexibilizacao-da-gestao-e-as-fundacoes-estatai.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/contra-reforma-na-politica-de-saude-brasileira-flexibilizacao-da-gestao-e-as-fundacoes-estatai.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2014.

COSTA, Sedruoslen Guerli Calvacanti. **Percepção de trabalhadores das USF sobre a exposição a cargas de trabalho- João Pessoa/PB.** Monografia da Residência Multiprofissional em Saúde da família. NESC/UFPB. O autor: João Pessoa, 2010.

DAHMER PEREIRA, L. **A gestão da força de trabalho em saúde na década de 1990.** *Physis*, v. 14, n. 2, p.363-382, 2004.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais Trabalho!: a intensificação do labor na sociedade contemporânea/ Sadi Dal Rosso.**- São Paulo: Boitempo, 2008, 206 p.

DISTRITO SANITÁRIO III. **Relatório anual de gestão.** João Pessoa, 2009.

DISTRITO SANITÁRIO III. **Comunicado da gestão do trabalho Distrito Sanitário III para as equipes.** João Pessoa. 23 de março de 2009.

FERRAZ, Cristiano Lima. Marxismo e teoria das classes sociais. **Politéia: História e Sociologia**, Vitória da Conquista, v. 9, p. 271-301, 2009. Disponível em <<http://periodicos.uesb.br/index.php/politeia/article/viewFile/570/566>>. Acesso: 20 Ago. 2014.

FONTES, Virgínia. **Capitalismo, imperialismo, movimentos sociais e lutas de classes.** *In:* Revista em pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. p. 23-36.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel.** São Paulo, Boitempo, 1999. p. 13-52.

GOMES, Cláudia Maria Costa. **O caráter reificado da modalidade de enfrentamento da questão social no campo contraditório de negação e afirmação de direitos.** *In:* Direitos Humanos e Serviço Social: Polêmicas, debates e embates. Valeria Forti e Cristina M<sup>a</sup> Brites (org.). Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2011, p. 93-111.

GRAMSCI, Antonio. (Trad.) Carlos Nelson Coutinho [*et al*]. **Americanismo e Fordismo.** *In:* **Cadernos do Cárcere.** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2000.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 4 ed. São Paulo: Loyola, 1994, 349 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=ecodmun=250750esearch=||info%EFicos:-informa%E7%F5es-completas> Acesso em: 20 jul. 2014.

HUNT, E. K. **A ideologia Neoclássica e o Mito do Mercado Auto-regulador: As idéias de John Maynard Keynes.** *In:* História do Pensamento Econômico, São Paulo: Elsevier, 1987. (p. 381-407).

KRUG, Suzane Beatriz Frantz; LENZ, Francielle Limberger; WEIGELT, Leni Dias; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. **O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS.** Textos e Contextos (Porto Alegre), v. 9, nº 1, p. 77-88, Jan./Jun. 2010.

LESSA, Sérgio. **Introdução à Filosofia de Marx** / Sérgio Lessa, Ivo Tonet. 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008, 128 p.

LÊNIN, Vladimir I. **Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo.** São Paulo. Global editora, 3ª Ed. 1985.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Revista Katálysis, Florianópolis, v.10, nº Esp., p. 37-45. 2007.

MAGALHÃES FILHO, J. R. **Como fazer fichamentos de textos acadêmicos.** Disponível em: <http://www.jrmf.prof.br/fichamento.pps>. Acesso em: Jan. 2012.

MACHADO, Rosani Ramos. **Políticas de saúde no Brasil: um pouco da História.** Revista de Saúde Pública Santa Catarina, Florianópolis, v. 5, nº 3, p. 95-104, Dez. 2012.

MARCH, Cláudia. **A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos.** Revista eletrônica Tempus - Actas de Saúde Coletiva - O Trabalho em Saúde, v. 5, (2011).

MARCOSIN, Cleir.; CAETANO, Mira. L. M. **Neoliberalismo, Reestruturação produtiva e exploração do trabalho.** In: **Movimentos Sociais, Saúde e trabalho.** Maria Inês Bravo (org.). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010, 240 p.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.** Ciênc. Saúde coletiva [online], 2013. Vol. 18, nº 6, p. 1667-1676. ISSN 1413-8123.

MARX, Karl. **Manifesto Comunista** / Karl Marx e Friedrich Engels; Organização e introdução de Osvaldo Coggiola. [Tradução do Manifesto Álvaro Pina e Ivana Jinkings] – São Paulo: Boitempo, 2010.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15 (3): 508-14.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política.** São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

MONTAÑO, Carlos; DURIGHETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social.** São Paulo: Cortez, 2010, 384 p.

MOREIRA, Luiz Carlos Hubner. **A história das Políticas Públicas de saúde no Brasil- Do “Sanitarismo Campanhista” à Construção do S.U.S.** In: **Caderno de textos do XIII**

**Seminário CENEPES “A saúde na sociedade que queremos: Consolidando a Reforma Sanitária”.** Rio de Janeiro: DABT-DABB, 2004.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 4ª Ed., São Paulo: Cortez, 2005, 176 p.

\_\_\_\_\_. **Economia política: uma introdução crítica** / José Paulo Netto e Marcelo Braz-2ª ed.- São Paulo: Cortez, 2007, 258 p. – (Biblioteca Básica de serviço Social).

OLIVEIRA, Rosilda Pinto de. **Política social de saúde: as ações de atenção básica desenvolvidas pelo PSF no município de João Pessoa – PB.** III Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

OLIVEIRA, Eurenice. **Toyotismo no Brasil: desencantamento da fábrica, envolvimento e resistência.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004, 216 p.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 176 p.

PAIM, Jairnilson Silva., TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** TheLancet.com. Maio de 2011. p. 11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, Jan./Abr. 2009.

PINTO, Geraldo Augusto. A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo,** 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 77 p.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2000; 53: 251-63.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Relatório de gestão de 2009.** Distrito Sanitário III. João Pessoa, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Relatório de gestão de 2010.** Distrito Sanitário III. João Pessoa, 2010.

SMS/JP. **Dados do setor de geoprocessamento da Secretaria Municipal de Saúde,** 2014.

SMS/JP. **Dados da gerência do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde,** 2014.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, DENISE; BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446, Mar/Abr, 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005, novembro-dezembro; 13 (6): 1027-34. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 mai. 2014.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia de trabalho científico.** 23<sup>a</sup> ed. Ver. e atual. São Paulo: Cortez, 2007, 304 p.

SHIMIZU, Helena Eri; JUNIOR, Daniel Alvão de Carvalho. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença.** Ciência e Saúde Coletiva, 17(9): 2405-2414, 2012.

SILVA, Giselle Souza da. **Financeirização do capital, Fundo público e políticas sociais em tempos de crise.** In: BRAVO, M.I.; MENEZES, J.S.B. (Org). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** 1<sup>a</sup> Ed. - Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 10-14.

SILVA, V. L. A. **O fio da meada: Flexibilização e precarização do trabalho no Programa de Saúde da Família em João Pessoa-PB.** / Vera Lúcia do Amaral Silva - João Pessoa: O autor, 2006.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. **As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação.** Textos e Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334 – 344. Ago/Dez. 2010.

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

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, M.I.; MENEZES, J. S. B. (Org). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2012, p.85-108.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça; **Terceirização: A erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil.** In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização,** São Paulo: Boitempo, 2007, p. 23-58.

TAVARES, Maria Augusta. **Os fios (in)visíveis da produção capitalista: informalidade e precarização do trabalho.** São Paulo: Cortez, 2004, 216 p.

VASAPOLLO, Luciano. **O trabalho atípico e a precariedade.** São Paulo: Expressão Popular, 2005.

\_\_\_\_\_. **O trabalho atípico e a precariedade. Elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista.** In: Ricardo Antunes (Org.), **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006, p. 528.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema.** *In:* BRAVO, M. I. (Org.) **Política de Saúde na atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**, 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius / Adufrj-SSind, 2008.

WERMELINGER, M. *et al.* **A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil.** *Divulgação em saúde para o debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

## **ANEXOS**



REMUNERAÇÃO PSF

FUNÇÃO	VALOR
MÉDICO	R\$ 7.800,00
ENFERMEIRO	R\$ 3.774,46
ODONTÓLOGO	R\$ 3.774,46
TEC. ENFERMAGEM	R\$ 1.213,34
ASB	R\$ 1.050,44
ACS	R\$ 1.100,00

DIREITOS (PROFISSIONAIS PSF)

FÉRIAS	30 DIAS
1/3 DE FÉRIAS	
13º	

PSF EFETIVO - 2014

FUNÇÃO	QUANTIDADE
MÉDICO	33
ENFERMEIROS	117
ODONTÓLOGOS	71
TEC. DE ENFERMAGEM	94
ASB	59
ACS CLT	1081
TOTAL	1455

CARGA HORÁRIA 40HS

PSF SERV. PRESTADOS - 2014

FUNÇÃO	QUANTIDADE
MÉDICO	133
ENFERMEIROS	101
ODONTÓLOGOS	121
TEC. DE ENFERMAGEM	142
ASB	123
ACS(CONVÊNIO MS)	243
TOTAL	863

Giseuda Pereira de Sousa  
Setor de Contabilidade  
SMS / PMS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO ACADÊMICO



Ofício PPGSS No. 04/ 2014

João Pessoa, 24 de março de 2014.

Do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
Ao Diretor de Gestão do Trabalho da Secretária Municipal de Saúde - SMS/ JP  
Dr. Ricardo Delane

Assunto: Solicitação de dados para pesquisa de Mestrado

Prezado Diretor,

Através deste encaminhamento a V. Sa. solicitação de ÂNGELA MARIA PEREIRA, RG 002.212.176, SSP-RN, matrícula nº 2012 105635, mestranda deste Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, que necessita de dados desta Secretaria Municipal de Saúde para subsidiar sua pesquisa intitulada "A flexibilização e a precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa".

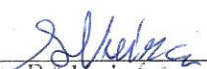
Conforme cópia de termo de anuência, em anexo, informamos que foi autorizada a pesquisa de acordo com os trâmites regimentais para efetuar o levantamento de dados documentais (primeira etapa da pesquisa).

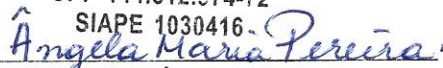
Seguem abaixo os dados requeridos:


- Número de Unidades de Saúde da Família (USF's) em João Pessoa com localização e telefones para contato;
- Número de trabalhadores/as das USF's em João Pessoa, com detalhamento de sexo, faixa etária, estado civil, cor e etnia, nível de instrução/formação profissional, vinculados à Estratégia de Saúde da Família nos últimos três anos;
- Detalhamento do enquadramento funcional dos/as trabalhadores das Unidades de Saúde da Família, constando tipo de vínculo empregatício, forma de ingresso, carga horária de trabalho e unidade de saúde da família a que está vinculada;
- Detalhamento da remuneração, em salários mínimos e tempo de férias a que têm direito;

Ressaltamos que, na impossibilidade de fornecimento de todos os dados solicitados, disponibilizar o que for possível.

Atentamente,

  
Dr.ª Maria do Socorro de Souza Vieira  
Coordenadora/PPGSS/UFPB  
CPF 144.312.974-72

SIAPÉ 1030416  
  
Pesquisadora: Ângela Maria Pereira.

  
Orientadora: Cláudia Maria Costa  
Gomes.

Recebi em  
03/04/2014  
  
Manoel Felix  
Gerente da Gestão do  
Trabalho na Saúde  
Matrícula 73.815-8



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que foi dada entrada neste Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, o Projeto de Pesquisa da Interessada Ângela Maria Pereira, que será avaliado na reunião do próximo dia 27/02/2014, conforme cadastro abaixo, da Plataforma Brasil:

**Título da Pesquisa:** "A FLEXIBILIZAÇÃO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA".

**Pesquisador:** Ângela Maria Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25449414.6.0000.5188

**Submetido em:** 11/02/2014

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

**Situação:** Aguardando confirmação de indicação de relatoria

**Localização atual do Projeto:** Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

João Pessoa, 12 de fevereiro de 2014.

  
**Corina Emília M.B. de Almeida**  
**Mat. SIAPE 0331177**  
**CEP-CCS-UFPB**



**Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 16 de dezembro de 2013

**Processo: 23.045/2013**


**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada em **“A FLEXIBILIZAÇÃO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA”** a ser desenvolvida pela pesquisadora **ÂNGELA MARIA PEREIRA** sob orientação da **Profª Drª Cláudia Maria Costa Gomes** está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Igualmente, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, ficam condicionados a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,



**Cristiane M. Poletto**  
Gerente da Educação na Saúde  
Mat.: 66941-1

---

**Cristiane Mélo Poletto**  
**Gerente da Educação na Saúde**

DISTRITO SANITÁRIO I

DESCRICAO	LOGRADOURO	BAIRRO	CEP	TELEFONE
1 Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Jaguaribe	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3214-1925
2 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3218-9709 / 3218-5491 / 3218-9804
3 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3214-6091 / 3214-6092
4 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3218-7114
5 Farmácia Popular do Brasil - Costa e Silva	R. Graçiliano Delgado, S/N	Costa e Silva	58081-000	3214-1898 / 3214-2744
6 Farmácia Popular do Brasil - Cruz das Armas	Av. Cruz das Armas, 838	Cruz das Armas	58085-000	3215-6073 / 6075
7 GEMAF - Gerência de Medicamentos e Materiais Farmacêuticos)	Av. Industrias, S/N	Distrito Industrial	58082-060	3214-1782 / 7722
8 Instituto Cândida Vargas	Av. Coremas, 865	Jaguaribe	58015-087	3015-1500
9 Laboratório Central do Município - LACEM	R. Alberto Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3214-3204
10 Sede do Distrito Sanitário I	R. Coronel Estevão Dávila Lins, 100	Cruz das Armas	58085-010	3218-9819
11 Setor de Órtese e Prótese	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-321	3214-7978
12 PACS Anayde Beiriz	R. da Ação, Qd. 187 (Condomínio Anayde Beiriz)	Bairro das Industrias	58083-000	Não tem telefone
13 PACS Cruz das Armas (USF Cruz das Armas Integrada)	Av. Cruz das Armas, S/N	Cruz das Armas	58085-000	3215-6134 / 6135 / 6139 / 6140
14 PACS Matinha I (CAIS Jaguaribe)	R. Alberto de Brito, S/N	Jaguaribe	58015-320	3218-9801
15 PACS Novais (USF Novais I)	Av. Coronel Adolfo Massa, S/N	Oitizeiro	58088-620	3218-9186

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

16	USF Alto do Mateus I	R. João Marinho da Silva, S/N	Alto do Mateus	58090-460	3218-9243
17	USF Alto do Mateus VI	R. Aulão Alves, 204	Alto do Mateus	58090-710	3218-9257
18	USF Bairro das Indústrias I e II	R. Manoel de Paula Magalhães, S/N	Bairro das Indústrias	58083-090	3218-9719 / 9703
19	USF Bairro das Indústrias III / Cidade Verde I	R. Cidade de Cajazeiras, 483	Mumbaba	58083-502	3218-9706
20	USF Bairro das Indústrias III / Cidade Verde II	R. Cidade de Pípritiba, 427	Mumbaba	58083-560	3218-9705
21	USF Bairro das Indústrias IV / Pe. Ibiapina	Travessa dos Paradis, 34 (Pe. Ibiapina)	Bairro das Indústrias	58038-336	3218-9101
22	USF Bairro dos Novais I	Av. Coronel Adolfo Massa, S/N	Oitizeiro	58088-620	3218-9186
23	USF Costa e Silva I, II e Gauchinha	R. Graciliano Delgado, 557	Costa e Silva	58081-000	3218-9079 / 9184
24	USF Cruz das Armas Integrada (Cruz das Armas I, II, VIII e X)	Av. Cruz das Armas, S/N	Cruz das Armas	58085-000	3215-6134 / 6135 / 6139 / 6140
25	USF Cruz das Armas III	R. Pres. Felix Antonio, 881	Cruz das Armas	58085-460	3215-6080
26	USF Cruz das Armas IV	Av. Engenheiro Retumba, 207	Cruz das Armas	58085-610	3215-6137
27	USF Cruz das Armas V	R. Benjamin Lira, 82	Cruz das Armas	58086-020	3218-5747
28	USF Cruz das Armas VI	R. Franca Leite, 115	Cruz das Armas	58086-060	3214-1887
29	USF Cruz das Armas VII	R. Bel. Ernani Rabelo Bastista, 112	Oitizeiro	58087-120	3218-9057
30	USF Cruz das Armas IX	R. Dr. Quintino Dourado de A. Maranhão, 510	Oitizeiro	58087-010	3218-9074
31	USF Funcionários I - 1a Etapa e II / Guatba	R. Ambrósio Vitorino Pontes, S/N	Oitizeiro	58087-280	3218-9147
32	USF Funcionários I - 2a Etapa	R. Dr. Aristides Villar, 75	Oitizeiro	58087-090	3214-1886

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**

33	USF Jardim Planalto I e II	R. Engenheiro Ávidos, 805	Oitizeiro	58088-010	3218-9126
34	USF Jardim Saúde (Jardim Veneza I, II, III e IV)	R. Poeta Victor Hugo, S/N	Jardim Veneza	58084-030	3218-9290 / 9206
35	USF Jardim Veneza V	R. Maria José Miranda do Amaral, S/N	Jardim Veneza	58084-160	3255-3288
36	USF Matinha II	R. Frei Atonso, 91	Jaguaribe	58015-710	3218-9838
37	USF Nova Conquista (Alto do Mateus II, III, IV e V)	R. Durval Coutinho, S/N	Alto do Mateus	58090-260	3218-9251
38	USF Paulo Atonso	R. Cel. Aristarco Pessoa, 453	Jaguaribe	58015-790	3218-9700
39	USF Saúde e Vida (Ermani Sátiro, Esplanada I, João Paulo II - 2ª Etapa e Jardim Sepoi)	R. Dr. Maurílio de Almeida, S/N	Ermani Sátiro	58076-658	3218-9181 / 9877 / 9199
40	USF Saúde para Todos (Novais II, III, IV e V)	R. Marta da Luz, S/N	Oitizeiro	58088-500	3218-9191
41	USF Sítio Mumbaba	R. Agricultor Severino Evaristo de Souza, 204	Distrito Industrial	58082-808	3218-9282



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

DISTRITO SANITÁRIO II

DESCRICAO	LOGRADOURO	BAIRRO	CEP	TELEFONE
42 Centro de Apoio Psicossocial - CAPS AD	R. José Soares, S/N	Varjão	58070-080	3218-5244
43 Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Cristo	R. Olívia de Almeida Guerra, S/N	Cristo	58071-430	3214-2621 / 2622
44 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	R. Olívia de Almeida Guerra, S/N	Cristo	58071-430	3218-9124
45 Farmácia Popular do Brasil - Varjão	Av. Dois de Fevereiro, 443	Varjão	58070-000	3233-5366
46 Sede do Distrito Sanitário II <i>Flis</i>	R. Olívia de Almeida Guerra, 50	Cristo	58071-430	3223-7296 / 7606 <i>↳ Selo Pimocda</i>
47 Unidade de Acolhimento Infantil	R. Morise Miranda Gusmão, 1489	Cristo Redentor	58071-240	3214-2724
48 PACS Portal Colinas (USF Mudança de Vida)	R. Joaquim Monteiro de França, S/N (Lot. Colinas do Sul)	Gramame	58069-000	3214-1881 / 1884 / 3233-9060
49 USF Cuiá	R. Adalgisa Carneiro Cavalcante, S/N - QD 39	Cuiá	58077-000	3214-3212
50 USF Espaço Saúde (Novo Horizonte, Vale Verde, Cristo Conjunto)	R. Horácio Trajano, s/n Cristo.	Cristo	58070-470	3218-9161 / 5241
51 USF Estação Saúde (Geisel I, II e IV)	R. José Darci Ferreira, S/N	Ernesto Geisel	58075-240	3218-6247 / 3218-9168 / 9166
52 USF Funcionários II - 2a Etapa	R. Francisco Inácio da Silva, S/N	Cidade dos Funcionários	58078-240	3214-1964
53 USF Funcionários III / IV e Presidente Médici	R. Terezinha de Oliveira Justa, S/N	Cidade dos Funcionários	58079-370	3214-2600
54 USF Grotaão (Grotaão I, II e III)	R. Severino Benito de Moraes, 13	Grotaão	58078-430	3218-9167/9170/2603
55 USF Integrando Vidas (João Paulo II, Citex, Nova Republica e Funcionários II 1ª etapa)	R. Adailson da Silva Nunes, S/N	João Paulo II	58076-157	3218-9165 / 9235 / 9207 / 9230
56 USF Irmã Dulce	R. Santo André, 127	Planalto da Boa Esperança	58065-090	3218-5988 / 5956



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**

57	USF Maria de Nazaré	R. José César de Menezes, 37	Funcionários II	58079-125	3218-9204
58	USF Mudança de Vida (Mudança de Vida I, II, III e IV)	R. Joaquim Monteiro de França, S/N	Gramame	58069-000	3214-1881 / 1884 / 3233-9060
59	USF Qualidade de Vida (Rangel III, IV, V e VI)	R. Bom Jesus, 583	Variação	58070-060	3218-9306 / 9307 / 9308 / 9309
60	USF Rangel I	R. Napoleão Laureano, 65	Variação	58070-260	3218-9118
61	USF Rangel II	R. São João, 530	Variação	58070-300	3218-9269
62	USF Rangel VII	Av. Dois de fevereiro, 1515	Variação	58070-000	3214-2888
63	USF Riacho Doce (Marconaria)	R. Raniere Mazili, 2530	Cristo	58071-000	3218-9164
64	USF Saúde em Ação (Geisel III e Unidade de Expansão)	R. Olívio de Moraes Magalhães, S/N	Ernesto Geisel	58077-128	3218-9419
65	USF Unindo Vidas (Bela Vista I, Bela Vista II e Bom Samaritano)	Trav. Murilo Buarque, S/N	Cristo	58071-150	3218-5241 / 9161
66	USF Vila Saúde (Pedra Branca I e II e Jardim Itabalana I e II)	R. Engenheiro Sérgio Rubens de Albuquerque Lima, 326	Cristo	58071-440	3218-9161 / 5241

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

DISTRITO SANITÁRIO III

	DESCRICAO	LOGRADOURO	BAIRRO	CEP	TELEFONE
67	Centro de Apoio Psicossocial - CAPS II Carinhhar	R. Paulino dos Santos Coelho, S/N	Jardim Cidade Universitária	58052-570	3218-5914
68	Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Mangabeira	R. Romário C. de Moraes, S/N	Mangabeira	58056-172	3213-1904
69	Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	R. Romário C. de Moraes, S/N	Mangabeira	58056-172	3213-1902 (Secr.) / 3213-1903 (Coord.)
70	Centro de Práticas Integrativas e Complementares - Valentina	R. Ulysses Alves Pequeno, S/N	Valentina	58064-580	3218-5877
71	Centro de Práticas Integrativas e Complementares - Equilíbrio do Ser	Av. Sérgio Guerra, s/n	Bancários	58051-255	3214-2922
72	Centro de Zoonozes	R. Walfredo Macedo Brandão, S/N	Jardim Cidade Universitária	58052-200	3218-9367 / 7780
73	Complexo Hospitalar Municipal Governador Tarcísio de Miranda Burity	Av. Nossa Senhora da Luz s/n	Mangabeira	58056-693	3218-9720 / 3214-3292
74	Farmácia Popular do Brasil - Mangabeira	R. Josefa Taveira, 1812	Mangabeira	58055-000	3239-1888
75	Hospital Valentina de Figueiredo	R. Mariângela Luceira Peixoto, 274	Valentina	58063-300	3237-8700
76	Patrimônio Municipal	R. Paulino dos Santos Coelho, 465	Jardim Cidade Universitária	58052-570	3214-1781
77	Pronto Atendimento em Saúde Mental - PASM	Av. Nossa Senhora da Luz s/n	Mangabeira	58056-693	3218-9720 / 3214-3292
78	<b>Sede do Distrito Sanitário III</b>	<b>R. Tenente Euclides Bandeira, S/N</b>	<b>Mangabeira</b>	<b>58056-330</b>	<b>3214-3194</b>
79	Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU	R. Diógenes da Chianca, 1777	Água Fria	58053-000	3218-9128
80	PACS ASPOM (USF Complexo Verdes Mares)	R. José Eustaquio da Fonseca, S/N	Mangabeira	58000-000	3238 - 1199
81	PACS Collbris (Individual)	R. Doméstica Maurina de Oliveira Santos, 100	Cidade dos Collbris	58073-192	3218 - 9116

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

82	PACS Cidade Maravilhosa (USF Ipiranga)	R. São Luiz, S/N	Planalto da Boa Esperança	58065-021	3214 - 8913
83	USF Água Fria	R. Lourenço Vieira de Souza, 87	Jardim São Paulo	58051-570	3218-9717
84	USF Bancários e Aldeia SOS	R. Esmeraldo Gomes Vieira, S/N	Bancários	58051-650	3214-5709
85	USF Caminho do Sol (Frei Damião, Santa Bárbara e Valentina IV)	R. Emília Mendonça Gomes, S/N	Valentina	58064-360	3218-9112 / 9114 / 1246 / 3212-
86	USF Cidade Verde (Cidade Verde IV, V, VI e Projeto Mariz)	R. Deputado Valdevino de Lobo Maia, S/N	Mangabeira	58059-400	3236-3331 / 3238-1169 / 3238-1492
87	USF Colibris	R. José Cândido da Silva, S/N	Cidade dos Colibris	58073-324	3218-9174
88	USF Complexo Verdes Mares (Cidade Verde I, II e III)	R. José Eustaquio da Fonseca, S/N	Mangabeira	58000-000	3238-1199 / 3238-7274 / 3239-3673
89	USF Cristo Rei	R. Rita Xavier de Oliveira, 14	Mangabeira	58055-020	3214-1076
90	USF Doce Mãe de Deus	R. Ceilila Lira Portela, 106	Valentina	58063-308	3218-9090
91	USF Eucaliptos	R. Leonardo Siqueira Castro, S/N	Jardim Cidade Universitária	58052-530	3214-5726 / 3235-1831 / 3235-8561
92	USF Integrada José Américo (José Américo II, III e Laranjeiras)	R. Oselmar de Castro Barreto S/N	José Américo	58073-444	3218-9173 / 9078 / 3264-1125
93	USF Integrada Fosa de Fátima (Mussumago I e II, Paratibe I e Sonho Meu)	R. Oscar de Lopes Machado, S/N	Paratibe	58065-004	3212-1247 / 3255-4545 / 3218-5875 / 9202
94	USF Ipiranga (Monte das Oliveiras, Girassol e Boa Esperança)	R. São Luiz, S/N	Planalto da Boa Esperança	58065-021	3214 - 8913
95	USF José Américo I	R. Lélia Diniz, S/N	José Américo	58073-180	3218-9176
96	USF Mangabeira (Coqueiral, Balcão, Feirinha e Pedro Lins)	R. Francisco Pereira de Souza, S/N	Mangabeira	58055-440	3214-1078 / 1061 / 3181 / 3236-2047
97	USF Mangabeira VI 1ª Etapa	R. Olívia de Azevedo Sena, 69	Mangabeira	58050-070	3214-1079
98	USF Nova Esperança (Ambulantes, Colégio Invadido, Tijolão e Nova Esperança)	R. Prof. Afrindo Bezerra Comboim, s/n	Mangabeira	58057-540	3214-1064 / 3214-1067 /

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

99	USF Nova União (Prociind I, Mangabeira por Dentro, Panorâmica e União)	R. João Francisco Alves, S/N	Mangabeira	58057-590	3214-1063 / 1062 / 1065 / 1092
100	USF Paratibe II	R. Maria Doraci Moreira, Qd. 986 - Lt. 185	Paratibe	58062-309	3237-1865
101	USF Parque do Sol	R.Armando Severino da Silva, 156	Gramame	58067-024	3255 - 4538
102	USF Prociind II	R. Anísio Borges Monteiro de Melo, 60	Mangabeira	58056-240	3238-1368
103	USF Quatro Estações (Mangabeira VII A, Mangabeira VII B, Mangabeira VII C, Mangabeira VI 2a Etapa)	R. Jurema Teotônio da Silva, S/N	Mangabeira	58058-235	3213-9491 Rec./9493
104	USF Timbó I	R. Gorgaio de Souza Pontes, 137	Bancários	58051-790	3218-9715
105	USF Timbó II	R. Nossa Senhora de Fátima, 451	Bancários	58040-380	3218-9716
106	USF Valentina I	R. Professora Luíza Cristo, S/N	Valentina	58063-210	3212-7408
107	USF Valentina II	R. Comerciante José de Santana, 290	Valentina	58063-450	3237-4855
108	USF Valentina III	R. Maestro José Queiroz Batista, 170	Valentina	58063-430	3237-6164



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

DISTRITO SANITÁRIO IV

DESCRICAO	LOGRADOURO	BAIRRO	CEP	TELEFONE
109 Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil Cirandar	Av. Gouveia Nóbrega, S/N	Róger	58020-010	3214-6079
110 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS III) - Gutemberg Botelho	Av. Minas Gerais, 409	Bairro dos Estados	58030-090	3211-6700
111 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI)	R. Dep. Barreto Sobrinho, S/N (anexo ao Hospital Santa Isabel)	Tambá	58020-680	3214-2829
112 Centro de Referência de Inclusão p/ Pessoas com Deficiência	R. Mons. Walfredo Leal, 399	Tambá	58013-534	3218-9807
113 Centro de Saúde Francisco das Chagas (USF Viver Bem)	R. Maria Dias de Oliveira, S/N	Treze de Maio	58025-810	3214-7135 / 7136 / 7137
114 Centro de Saúde Mandacaru	R. Mascarenhas de Moraes, S/N	Mandacaru	58027-040	3214-7143 / 3244-3023 (orelhão)
115 Centro de Saúde Municipal Lourival Gouveia Moura (USF Alto do Céu)	R. Porfírio Ribeiro, S/N	Alto do Céu	58027-737	3214-7132 / 7130 / 3211-6723
116 Complexo Regulatório	Av. Cardoso Vieira, 85	Varadouro	58010-420	3218-9882
117 Farmácia Popular do Brasil - Bairro dos Estados	R. Joaquim Pires Ferreira, 371	Bairro dos Ipês	58028-110	3224-6291 / 6299 / 6296
118 Farmácia Popular do Brasil - Centro	Av. Dom Pedro II, 231	Centro	58013-440	3214-2841 / 3214-2842
119 Hospital Geral Santa Isabel	Praça Caldas Brandão, S/N	Tambá	58020-680	3214-1815
120 Residência Terapêutica - Alto do Céu	R. João de Brito Lima Moura, 216	Alto do Céu	58027-695	3214-7031
121 Residência Terapêutica - Tambá	R. Vicente Jardim, S/N	Tambá	58020-770	3214-1217

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

122	Sede do Distrito Sanitário IV	R. Artosvaldo Silva, 842	Torre	58040-230	3214-7962
123	USF Alto do Céu (Alto do Céu III, IV, V e VI)	R. Porfírio Ribeiro, S/N	Alto do Céu	58027-737	3214-7132 / 7130 / 3211-6723
124	USF Alto do Céu I	R. Benito Machado, 378	Alto do Céu	58027-768	3214-7127
125	USF Alto do Céu II	R. Padre Antonio Diego Feijo, 78	Alto do Céu	58027-290	3214-7128
126	USF Bairro dos Ipês	Rua: Maria de Lourdes Leite, s/n	Bairro dos Ipês	58028-857	3214-7139
127	USF Cordão Encarnado I	R. Martin Leitão, 249	Trincheiras	58011-070	3218-9866
128	USF Cordão Encarnado II	R. Das Trincheiras, 594	Centro	58011-000	3218-9867
129	USF Distrito Mecânico I e II	R. Encílio Marcelo Nery, S/N	Trincheiras	58011-317	3214-3094 / 3093
130	USF Ilha do Bispo I e II	R. Apolônio Sales de Miranda, S/N	Ilha do Bispo	58020-720	3218-5980
131	USF Mandacarú IX	R. Dom Manoel Paiva, 284	Mandacarú	58028-010	3211-6766
132	USF Mandacarú VII	R. Celerina Paiva, 620	Mandacarú	58027-390	3214-7133
133	USF Mandacarú VIII	R. Iaiá Paiva, 335	Mandacarú	58027-490	3211-6765
134	USF Róger I e II	R. Dezenove de Março, S/N	Róger	58020-340	3218-9846
135	USF Róger III	R. da Saudade, 97	Róger	58020-340	3214-1751
136	USF Tambiá	R. Vicente Jardim, S/N	Tambiá	58020-770	3218-9874
137	USF Varadouro I e II	Rua Idaletto, 152	Varadouro	58010-140	3214-2889
138	USF Viver Bem (Padre Zé I, II, III e 13 de Maio)	R. Maria Dias de Oliveira, S/N	Treze de Maio	58025-810	3214-7135 / 7136 / 7137

DISTRITO SANITÁRIO V

DESCRICAÇÃO	LOGRADOURO	BAIRRO	CEP	TELEFONE
139 Cartão SUS	Av. Rui Barbosa, 366	Torre	58040-490	3214-7981
140 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	Av. Rui Barbosa, 367	Torre	58040-490	Rec 3214-7550 / 3224-7457 Dir
141 Centro Municipal de Imunização	R. Prof. José Bezerra S/N	Torre	58040-690	3211-6774
142 Centro de Saúde Maria Luiza Targino (USF São José)	Av. Vigólvino Florentino da Costa, S/N	Manaira	58038-580	3214-8903 / 8905 / 8257
143 Consultório na Rua	Av. Júlia Freire, 819	Torre	58040-040	3214-7955 (DAS)
144 Centro de Valorização da Vida - CVV	Av. Rui Barbosa, 367	Torre	58040-490	3224-4111
145 Sede do Distrito Sanitário V	R. Ovidio Mendonça, 77	Miramar	58043-210	Rec 3214-7927 Adm 3214-7255 / 7944
146 Serviço de Assistência Domiciliar - SAD	R. Deputado José Mariz, 599	Miramar	58042-020	3214-7146
147 Secretaria Municipal de Saúde	Av. Júlia Freire, 819	Torre	58040-040	3214-7970
148 Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 Horas	Av. Governador Flávio Ribeiro Coutinho, 70	Aeroclube	58036-800	3214-9287 / 3223-5209 / 3234-5587
149 Unidade de Saúde das Praias	Av. Olinda, S/N	Tambaú	58039-120	Rec 3214-8900 3214-8252 Adm
150 USF Altiplano I e II	R. Prof. Emílio de Araújo Chaves, S/N	Altiplano Cabo Branco	58046-150	I - 3214-8256 / 3252-1070 II -
151 USF Bessa	R. Napoleão Gomes Varela, S/N	Bessa	58035-080	3218-8002
152 USF Castelo Branco I	R. Praça Abdon Milanez, S/N	Castelo Branco	58050-370	3214-7134

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

153	USF Cidade Recreio	R. Projetada, Qd. 104 - Lt. 05 - Cidade Recreio	Portal do Sol	58046-524	3214-8302
154	USF Jardim Miramar I	R. Professora Macrina Barbosa Abreu, 95	Miramar	58043-380	3214-8907
155	USF Jardim Miramar II - Comunidade Tito Silva	R. Olvío Travassos de Medeiros, 590	Miramar	58043-050	3214-7140
156	USF Padre Hildon / Brasília de Palha	R. Dr. Severino Procópio, S/N	Expedicionários	58041-200	3214-7141
157	USF Penha	R. Praça Oswaldo Pessoa, S/N	Penha	58000-000	3251-1224
158	USF Santa Clara e Castelo Branco III	R. Adolfo Maia, S/N	Castelo Branco	58050-520	3214-7126 / 3211-6757
159	USF São José (São José I, II, III e IV)	Av. Vigólvino Florentino da Costa, S/N	Manatira	58038-580	3214-8903 / 8905 / 8257
160	USF São Rafael	R. Arquivista Jonathas Careca, 105 - Comunidade São Rafael	Castelo Branco	58050-705	3214-7125
161	USF Torre I	R. José Severino Massa Spinelli, 835	Torre	58040-500	3211-6071
162	USF Torre II	Av. Rui Barbosa, 367	Torre	58040-490	3211-6776