



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA**

**TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO
SOBRE AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO NO SETOR
PÚBLICO DA SAÚDE**

ÉRIKA LUCIENE ALMEIDA SOARES

**MANAUS-AM
2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA

**TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO
SOBRE AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO NO SETOR
PÚBLICO DA SAÚDE**

**Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Sociedade e Cultura na
Amazônia da Universidade Federal
do Amazonas, como requisito
parcial para a obtenção do título de
mestre em Sociedade e Cultura na
Amazônia.**

Orientadora: Prof^ª. Dra. M^a Izabel de Medeiros Valle

**MANAUS-AM
2009**

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Soares, Érika Luciene Almeida

S676t Trabalho e reestruturação produtiva: um estudo sobre as mudanças no mundo do trabalho no setor público da saúde / Érika Luciene Almeida Soares. - Manaus: UFAM, 2008.
113 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2008.

Orientadora: Prof^ª. Dra. M^a Izabel de Medeiros Valle

1. Trabalho 2. Reestruturação Produtiva 3. Saúde Pública I. Valle, M^a Izabel de Medeiros II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 330.3:614(043.3)

ÉRIKA LUCIENE ALMEIDA SOARES

**TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO
SOBRE AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO NO SETOR
PÚBLICO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação
Sociedade e Cultura na Amazônia da
Universidade Federal do Amazonas,
como requisito parcial para a obtenção
do título de mestre em Sociedade e
Cultura na Amazônia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a M^a Izabel de Medeiros Valle - Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Ernesto Renan M. de Freitas Pinto - Membro
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dra^a Lucia Cortes da Costa
Universidade Estadual de Ponta Grossa

À Evelise,
irmã e amiga
(*in memorian*)

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a. Izabel Valle, minha orientadora, pelo espírito democrático no ato da orientação e pelo apoio sincero;

À Teka (minha mãe), Esmeralda (minha avó), Isabela e Luciana (sobrinhas), André (irmão), pelo incentivo e disposição para agüentar meus maus momentos;

À Ângela, Gabriel e Luiz Carlos, a “família trapo”, pelo apoio irrestrito e solidariedade no uso das ferramentas eletrônicas;

Ao Eudes Lopes, pela troca de idéias e pelo apoio material;

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia-PPGSCA, pela oportunidade de compartilhar conhecimentos;

À FAPEAM, pela concessão da bolsa de estudos por alguns meses;

Aos colegas de turma, em particular o Milton e o Glademir, que tanto me incentivaram;

Às colegas de trabalho, Rosi, Arlete, Rita e Adriana, pelo incentivo mesmo quando sobrecarregadas de trabalho por conta da minha ausência;

Ao Neto, companheiro e amigo, pelo apoio incondicional e crítico.

Tão propenso anda o homem a dedicar ao que há de mais vulgar, com tanta facilidade se lhe embotam o espírito e os sentidos para as impressões do belo e do perfeito, que por todos os meios deveríamos conservar em nós essa faculdade de sentir. Pois não há quem possa passar completamente sem um prazer como esse, e só a falta de costume de desfrutar algo de bom é a causa de muitos homens encontrarem prazer no frívolo e no insulto, contanto que seja novo. Deveríamos diariamente ouvir ao menos uma pequena canção, ler um belo poema, admirar um quadro magnífico, e, se possível, pronunciar algumas palavras sensatas.

Goethe

RESUMO

O mundo do trabalho vive, hoje, um dos momentos de maior complexidade desde a emergência da era moderna. As inúmeras transformações que têm marcado as sociedades contemporâneas, decorrentes, em grande medida, da reestruturação do capital, nos últimos decênios do século XX, repercutem fortemente sobre a morfologia do trabalho. Essas transformações se generalizam desde os processos de trabalho fundados na produção de bens materiais de produção até nas esferas intermediárias, com no setor de serviços. A análise do processo de reestruturação produtiva se constitui como chave para desvendar as recentes mudanças nas relações de trabalho no setor público, uma vez que nele também a materialidade do trabalho é afetada por conta dos novos padrões e formas de organização do trabalho (Harvey, 1993; Alves, 2007). Consideram-se no decorrer desta pesquisa temas como a singularidade do trabalho no setor público; os efeitos dos processos de reestruturação produtiva e “reforma do Estado” sobre as relações de trabalho na área da saúde pública; bem como a desregulamentação das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde, no estado do Amazonas. Com o intuito de investigar a precarização do trabalho no âmbito do SUS, no Amazonas, tentou-se esclarecer como e com qual intensidade processos próprios da dinâmica do metabolismo societal (Mészáros, 2002) e do aspecto político-institucional (Estado) acarretam mutações na materialidade da classe trabalhadora, em particular na área da saúde pública. O estudo revelou, portanto, que, assim como ocorre na esfera privada (trabalho produtivo), o âmbito público também sofre com os efeitos da desregulamentação (através da *flexibilização*, de contratos temporários, da terceirização, etc.) nas relações de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho – Reestruturação Produtiva – Estado – Saúde Pública

ABSTRACT

The world of work lives today, one of the moments of greater complexity since the emergence of the modern era. The numerous transformations that have marked contemporary societies, due to a large extent on the capital restructuring in the last decades of the twentieth century, impacting heavily on the morphology of work. These transformations generalize from the work processes based on the production of material goods production to the intermediate spheres, with the service sector. The analysis of the restructuring process as it is key to understand the recent changes in labor relations in the public sector, since it also the materiality of the work is affected because new patterns and forms of work organization (Harvey, 1993 Alves, 2007). Are considered during this study subjects such as the uniqueness of the work in the public sector, the effects of restructuring and productive "state reform" on labor relations in the area of public health, as well as the regulation of labor relations in Health System, state of Amazonas. In order to investigate the precariousness of work within the SUS, in Amazonas, tried to clarify how and with what intensity own processes of the dynamics of societal metabolism (Meszaros, 2002) political and institutional aspect (state) carry mutations in materiality of the working class, particularly in the area of public health. The study revealed that as occurs in the private sphere (productive work), the public sphere also suffer from the effects of deregulation (through flexibility, temporary contracts, outsourcing, etc..) in labor relations.

KEY WORDS: Labor - Production Restructuring - State - Public Health

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
FENCOM	Federação Nacional de Cooperativas Médicas
CONASS	Conselhos Nacional de Secretários de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde
US	Unidade de Saúde
OS	Organização Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
STF	Supremo Tribunal Federal
TCE	Tribunal de Contas do Estado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
PNAGE-AM	Programa de Modernização da Gestão e de Planejamento do Estado do Amazonas
NESP	Núcleo Especialista em Saúde Pública
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
RDA	Regime de Direito Administrativo
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
QUALISUS	Programa de Qualificação de Atenção às Urgências e Emergências no Amazonas
TCU	Tribunal de Contas da União
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
FMI	Fundo Monetário Internacional
BM	Banco Mundial
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
RJU	Regime Jurídico Único
ONG	Organização Não-governamental
EC	Emenda Constitucional
PDV	Programa de Desligamento Voluntário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, TRABALHO E SETOR PÚBLICO	16
1.1– A singularidade do trabalho no setor público	16
1.2 – O processo de reestruturação produtiva e as mudanças na materialidade do trabalho na esfera estatal	22
1.3 – As transformações no mundo do trabalho da saúde pública no contexto da reestruturação produtiva	28
CAPÍTULO II: REFORMA DO ESTADO, TRABALHO E SAÚDE PÚBLICA	36
2.1 – A “reforma do Estado” em questão: um debate em curso.....	36
2.2 – A “reforma do Estado” e as repercussões no mundo do trabalho no setor público.....	44
2.3 – A reforma gerencial no SUS e a nova configuração do trabalho.....	52
CAPÍTULO III: ESTADO, REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E OS IMPACTOS NA MATERIALIDADE DO TRABALHO NO SUS	67
3.1 – Reforma administrativa e a desregulamentação do trabalho: o caso da SUSAM.....	67
3.2 – O quadro da força de trabalho na SUSAM no contexto das mudanças na materialidade no setor público (2000-2005).....	78
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	116

Introdução

O trabalho como eixo central na vida social, na perspectiva marxiana, é afetado freqüentemente por transformações que modificam tanto a sua morfologia quanto a forma de ser da classe trabalhadora. Com o advento do capitalismo moderno, a dinâmica intrínseca à natureza do trabalho permanece, apesar das profundas mudanças que o mundo do trabalho tem vivenciado nos séculos recentes. Longe de apreender o trabalho como se estivesse no seu *fim* (Habermas, 1975; Gorz, 1987), entendemos que ele está envolvido, na atualidade, num quadro de maior complexidade, onde predomina uma forte tendência à divisão, fragmentação e heterogeneidade, especialmente a partir dos últimos decênios do século XX (Antunes, 1999, 2001, 2004; Alves, 2007; Braga, 1996). Nesse sentido, entendemos que o trabalho, enquanto elemento do desenvolvimento da história humana, ainda permanece central na vida social contemporânea. No entanto, apesar da profunda redefinição por qual vem passando a divisão hierárquica do trabalho, a sua “substância exploradora” permanece (Mészáros, 2002).

No âmbito da produção de bens materiais, como na indústria, esse *novo* cenário do mundo do trabalho pode ser visualizado de modo bastante claro. Entretanto, as esferas chamadas de intermediárias na economia capitalista, como nos setores de serviços e no público, também sofrem com as inflexões que afetam as relações de trabalho no contexto de reestruturação produtiva (Salerno, 1995; Alves, 2002).

Os trabalhadores que atuam no âmbito do setor público, os chamados funcionários públicos, fazem parte da chamada classe trabalhadora, apesar serem criadores de anti-valor (improdutivo) no processo de trabalho, apresentam situações muito semelhantes às vivenciadas pelo trabalhador produtivo. Com efeito, essa distinção conceitual entre o trabalho produtivo e o improdutivo, no sentido marxiano, não deve ser vista como definições teóricas inflexíveis. Ao contrário, quando se trata de analisar as mudanças no mundo do trabalho na esfera estatal, devemos ter clareza de que com a ampliação do processo de precarização, quanto à remuneração, à organização, etc., que atinge os servidores públicos, características tanto do trabalho produtivo quanto do trabalho improdutivo coexistem em muitas situações. Isso pode ser vislumbrado, de forma bastante clara, quando se trata da terceirização de serviços públicos, que pode ser oferecido por uma empresa, uma organização social ou mesmo uma cooperativa de profissionais, em substituição à execução direta pelo Estado.

Assim, em uma economia capitalista, o empregado público, assalariado livre como qualquer outro trabalhador, produz mediante um trabalho improdutivo – porque não produz

mais-valia – e, ao mesmo tempo, transitório, pois “*se acha em outra ‘relação’ com o capital, ajuda a produzir as condições gerais da produção, aumentando a força produtiva do capital*” (Beluche, 2002, p. 122), mesmo que de modo indireto. Além disso, quando constatamos situações onde o trabalhador atua no setor público, sem necessariamente ser um típico servidor público, como o que está em condição de terceirizado, verifica-se que esta modalidade de serviços traz consigo caracteres próprios do trabalho produtivo (como a geração da mais-valia) para o âmbito do aparato estatal.

Na área da saúde pública, as relações de trabalho também vêm sofrendo com um processo de reorganização. É possível que identifiquemos no setor saúde características tanto da dinâmica própria do setor de serviços, de modo generalizado, da economia quanto alguns atributos específicos. Em suma, o setor de serviços, como é o público, é intensamente marcado pela lógica da acumulação capitalista (Pires, 1998), principalmente quando há presença dos interesses de mercado na organização e oferta de serviços. Por outro lado, a administração pública opera de acordo com a conjuntura político-social da sociedade brasileira, que reflete, em geral, interesses contraditórios entre as classes sociais, os interesses público e privado, entre outros.

De fato, na realidade brasileira, assim como ocorre com todo o Sistema de Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, sofre com os impasses de caráter estrutural que se impõem à sua consecução plena. No que diz respeito à sua política de pessoal, na atualidade, esta apresenta contradições de diferentes matizes. Uma dessas contradições, refere-se às medidas institucionais que vêm redefinindo a legislação trabalhista do servidor público, seja instaurando uma política salarial de arrocho, seja extinguindo ou diminuindo direitos trabalhistas conquistados em outros momentos. Uma outra contradição é concernente aos novos arranjos político-institucionais que permitem uma maior presença da lógica privatista no Estado. Este processo de “desmonte do Estado” favorece uma maior presença de organizações sociais, de cooperativas profissionais e de empresas privadas na organização e gestão do SUS.

Nesse contexto, não seria possível imprimir ao setor da saúde pública do país um ritmo de desregulamentação da legislação trabalhista (do funcionalismo público) e de *flexibilização* das relações de trabalho, sem a implementação da chamada “reforma do Estado”, ou melhor, de uma contra-reforma (Benjamim apud Dias, 2006) que tem se pautado em introduzir os princípios de uma administração empresarial *no* Estado brasileiro desde o início dos anos de 1990.

Assim, a reforma em curso, enquanto um dos elementos do *ajuste neoliberal*, reveste-se como uma experiência de múltiplas dimensões, que vai desde o aspecto econômico até o campo político-institucional e das relações sociais. Daí que “*passa a existir outro projeto de ‘reintegração social’, com parâmetros distintos àqueles que entraram em crise a partir da década de 1970*” (Soares, 2003, p. 19).

Concretamente, a implementação da “reforma do Estado”, no Brasil, tem avançado em vários aspectos quando se trata da esfera federal. No entanto, os estados e municípios têm incorporado diversos princípios da reforma gerencial (Bresser, 1998), especialmente quanto às mudanças em seu escopo administrativo. Para essa perspectiva (a gerencialista), diante da suposta crise pela qual passa o modelo de administração instaurado no Estado brasileiro, as três esferas de poder (União, estados e municípios) no país devem imediatamente aderir às orientações proposta pela reforma gerencial. Em se tratando do SUS, duas dessas orientações têm se destacado – uma, é o processo de descentralização e, a outra, é a reorganização da sua política de pessoal.

Quanto à *nova* organização e gestão da força de trabalho no SUS, a proposta da administração gerencial é a de que o SUS busque uma “*forma mais flexível e descentralizada de administrar recursos humanos*”, bem como se oriente na busca de um “*novo perfil para o servidor público*” (Bresser, 1999), cuja função deve ser atualizada, a forma de remuneração deve ser diferenciada de acordo com o cargo (estratégico ou não) e a forma de contratação deve ser *flexibilizada*, inclusive quanto ao regime de trabalho.

Podemos dizer, então, que desde a emergência da “reforma do Estado”, no âmbito da União, inevitavelmente este processo se expande para as demais esferas político-administrativas, como ocorre no governo estadual do Amazonas. Na área da saúde, este governo estabelece a partir da década de 1990, medidas que vão contribuir para a desregulamentação das relações de trabalho, tal qual já vinha ocorrendo na esfera federal.

Nesse aspecto, a Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), em âmbito regional, representa o esforço do governo estadual em executar um processo de desregulamentação do trabalho no setor, seja criando um conjunto de leis referente ao trabalho do servidor público estadual (como a que institui o contrato por tempo determinado, de acordo com os princípios da reforma administrativa, ou a que autoriza a participação de cooperativas na oferta de serviços), seja reorganizando o seu regimento interno com vistas a criar novos órgãos, departamentos, cargos e funções, agora, mais condizente com o paradigma gerencialista.

Assim, os efeitos decorrentes da reorganização do trabalho, já vivenciados nitidamente pelo setor privado (como na indústria), afetam também o setor público. Na área

da saúde, no Amazonas, vem se configurando, desde os anos de 2000, um novo (e precário, como diz Alves, 2007) cenário das relações de trabalho. Esse processo recente tem afetado tanto a materialidade quanto a subjetividade do trabalhador deste setor. Ao servidor público, portanto, impõe-se a convivência com situações *atípicas* (Vasapollo, 2005) para uma administração pública, como a forte presença do trabalho terceirizado, mediante a compra de força de trabalho das cooperativas profissionais (como a de enfermeiros e de médicos) e o número expressivo de trabalhadores contratados por tempo determinado (contratos temporários). Ou seja, o trabalhador da SUSAM também sofre com a tendência à precarização que atinge, hoje, o complexo mundo do trabalho.

Esta realidade, porém, não é exclusiva do trabalhador temporário ou do cooperativado. É mais grave ainda, pois mesmo os trabalhadores considerados estáveis ou de carreira, que se encontram sob o regime estatutário, não escapam de vivenciar situações próprias da precarização do trabalho. Estes trabalhadores também têm que lidar com a intensa heterogeneidade entre as categorias, em especial no que diz respeito ao poder (político e simbólico) de algumas profissões sobre outras, bem como com a desigualdade entre as remunerações, dependendo do cargo e do tipo de vínculo.

Diante disso, a preocupação central das análises apresentadas a seguir objetivou explicar de que modo têm se dado as mudanças na materialidade do trabalho no setor público da saúde, assim como identificar os elementos constituintes destas transformações no âmbito do Estado, em particular na SUSAM, no período de 2000 a 2005.

Para tanto, pareceu-nos importante, primeiramente, esboçar a singularidade do trabalho no setor público, bem como identificar em quais aspectos ele é envolvido pelo processo de reestruturação produtiva, especialmente na área da saúde. Em seguida, tornou-se necessário apresentar os pressupostos da “reforma do Estado” e as injunções impostas por este processo à (re) organização do trabalho no SUS. Por fim, no terceiro capítulo, buscamos empreender uma análise histórico-sociológica do atual cenário do trabalho no âmbito da SUSAM, no contexto da reforma administrativa, em curso no país, e dos novos padrões e formas de organização e gestão do trabalho.

Essa preocupação teórica orienta-se no sentido de elaborar uma análise sociológica com base num esforço metodológico que se pautou: primeiro, na realização de uma pesquisa bibliográfica que permitisse o aprofundamento e ampliação da discussão teórico-conceitual acerca do trabalho e, segundo, numa pesquisa documental de forma que fosse possível empreender um levantamento de dados secundários em informativos, relatórios, legislação estadual (portaria, decretos, etc.), aos sites governamentais e aos jornais de circulação

regional e nacional, junto às instituições públicas, como a SUSAM, SEAD, CES e a SEPLAN.

Diante do exposto, constatamos que tão importante quanto tratar do trabalho na produção, é analisar o trabalho em espaços e situações extra-fabris – como é o caso do trabalho na esfera estatal. Como ressalta Braga (1996), desvendar as contradições postas ao trabalho no serviço público torna-se um “complemento obrigatório” (em relação ao setor da produção). E, é o trabalho no âmbito do SUS – o desenvolvido na e pela esfera estatal –, no contexto do processo de reestruturação produtiva e do chamado neoliberalismo no Brasil, que será abordado a seguir pelos três capítulos que constituem este estudo.

Capítulo I – Reestruturação produtiva, trabalho e setor público

1.1 - A singularidade do trabalho no setor público

O debate em torno da categoria trabalho, desde o surgimento do capitalismo, tem se mostrado profundamente complexo e conflitante. Desde a emergência da sociedade moderna, é possível, então, identificar diferentes abordagens sobre o tema, que vão desde a que reconhece o trabalho com um forte significado utilitarista¹ até a que o considera enquanto papel fundante na vida social (ou seja, é *humanizador*), mas que, ao se transformar em trabalho assalariado, alienado e fetichizado sofre um processo de *desumanização*².

Desse modo, tratar de uma categoria como o trabalho, carregada de múltiplos significados e sentidos, exige que se faça referência ao debate acerca da centralidade ou não do trabalho³. A adesão a uma dessas teses num estudo sobre trabalho implica em apreensões e conclusões distintas, assim como fundamenta ações políticas capitaneadas por setores de classe ou pelo próprio Estado. Porém, ao se abordar o trabalho no setor público nas sociedades contemporâneas não é possível evitar esta discussão, ou seja, a do trabalho como eixo central (ou não) na vida social.

Assim, antes de tratarmos propriamente do tema deste estudo, consideramos importante apresentar sinteticamente dois dos paradigmas que polarizam o debate acerca da categoria trabalho na atualidade. De um lado, o chamado paradigma do conhecimento (Leite, 2003), que aponta ser a ciência a principal força produtiva no atual momento da sociedade capitalista. Como sugere o pensador alemão J. Habermas, a esfera comunicacional ou da intersubjetividade vêm substituindo o papel que o trabalho representou no passado⁴. Para um outro representante deste paradigma, “*a abolição do trabalho é um processo em curso e parece acelerar-se*” (Gorz apud Braga, 1996, p. 96).

¹ Conforme aponta Lutero: “*o trabalho é a base e a chave da vida*” (p. 234); ou mesmo uma noção desenvolvida durante o Renascimento, onde o trabalho foi concebido para alguns “*como um estímulo para o desenvolvimento do homem e não como obstáculo*” (p. 235). In: MILLS, W. A nova classe média. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

² Este último significado, preconizado pelo pensamento crítico de autores como K. Marx (1818-1883) e F. Engels (1820-1895), além de explicar que o trabalho é, predominantemente, social (já que é fundamental na vida humana enquanto condição para a sua existência social), também atribui ao seu significado, no capitalismo moderno, o seu sentido enquanto atividade vital, onde se “*configura então como trabalho alienado, expressão de uma relação social fundada na propriedade privada, no capital e no dinheiro*” (ANTUNES, 2004, p. 09).

³ Não é pretensão deste estudo esgotar ou mesmo apresentar um tratado sobre o tema da centralidade ou não do trabalho, tenciona-se apenas apresentar, de modo breve, alguns traços do debate em questão.

⁴ Para este autor, “*desde os fins do século XIX, uma fase tardia vem se impondo cada vez mais: a cientificização da técnica (...) Assim, a técnica e a ciência tornam-se a principal força produtiva, com o que caem por terra as condições de aplicação da teoria do valor do trabalho em Marx*”. (Habermas apud Antunes, 2001, p. 121).

O outro paradigma, com o qual esta pesquisa se identifica, defende a tese de que o trabalho, ainda deve ser considerado elemento fundante na organização da vida social contemporânea⁵, já que a força de trabalho ainda se configura enquanto uma mercadoria que tem como fim criar novas mercadorias e valorizar o capital. De acordo com esta visão, o trabalho, mesmo considerando as mutações sofridas nos últimos séculos, mostra-se, nos nossos dias, como “*atividade central na história humana, em seu processo de sociabilidade e mesmo para a sua emancipação*” (Antunes, 2004, p. 10).

Mészáros (2002), que corrobora com a tese da centralidade do trabalho, aponta que a divisão social hierárquica do trabalho vem mudando “*suas formas no curso da história, mas não sua substância exploradora*” (p. 1.032). Daí que, em vez de conceber o trabalho como um “doente terminal”, para esse autor, o que está se delineando é uma maior tendência à divisão e fragmentação do trabalho, em particular nas últimas décadas.

Conforme a perspectiva que nega o fim do trabalho, tanto o trabalho quanto a classe trabalhadora, desde a emergência do capitalismo moderno, convivem com permanentes mudanças, seja de caráter conjuntural, seja de cunho estrutural, inerentes à dinâmica deste metabolismo societal (Mészáros, 2002). Admitir, portanto, as permanentes transformações que afetam a morfologia do trabalho e a forma de ser da classe trabalhadora, em especial quanto ao processo de complexificação que ambos vêm passando nas últimas décadas, não quer dizer que o trabalho e, por consequência, a classe trabalhadora, estejam vivenciando um momento de esgotamento, de fim.

Ao contrário, a classe trabalhadora⁶, historicamente determinada, vem sofrendo com profundas transformações desde a sua gênese e, a partir dos anos setenta, é afetada por intensas mutações decorrentes, em parte, pela intensificação do processo de reestruturação produtiva com vistas a restauração do capital. Se esta classe social se distingue em vários aspectos daquela existente em meados do século passado, não quer dizer que esteja “*em vias de desaparecimento, nem ontologicamente perdeu o seu sentido estruturante*” (Antunes e Alves, 2004, p. 336).

⁵ Mészáros (2002), Antunes e Alves (2004) e Braga (1996), só para citar alguns, representam os autores que se opõem decisivamente à tese de negação do trabalho como elemento fundante da sociabilidade contemporânea. Assim, para o efeito desta pesquisa considera-se o trabalho como basilar para se compreender as estruturas da sociedade capitalista contemporânea e, por isso, toma-o como ponto de partida nesta empreitada intelectual.

⁶ Compreende-se esta classe, no sentido atribuído por Antunes e Alves (2004), situando-a numa idéia ampliada de trabalho. Ela abrange, portanto, a “*totalidade dos assalariados, homens e mulheres, que vivem da venda da sua força de trabalho, não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário*” (p. 342).

O que pode estar ocorrendo é que essa classe vem presenciando um processo multiforme, que abrange mudanças significativas desde a sua subjetividade até a sua materialidade⁷. Esta última dimensão é afetada quando ocorrem processos como: a “*redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializada, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista*”; a emergência de um movimento de desregulamentação das formas de trabalho; o aumento de um novo proletariado fabril e de serviços e a “*expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado informalizado, etc., além de enormes níveis de desemprego*” (Antunes e Alves, 2004, p. 336-37).

A nova e complexa configuração do trabalho reflete o esforço do capital em tentar se reorganizar após a crise da década de setenta (Oliveira, 1998; Soares, 2003; Boron, 1999; Sader, 1999), tanto no que se refere aos modelos de produção quanto no que diz respeito à desregulamentação da gestão e organização do trabalho. Essas transformações podem ser visualizadas nitidamente no setor privado, mas como identificá-las na esfera estatal, onde o Estado se reveste de empregador? O trabalho no setor público deve ser considerado enquanto trabalho produtivo ou improdutivo? Em que aspectos, se é que há, o trabalhador do setor público se diferencia do trabalhador da esfera privada?

Porém, antes de tentarmos responder a essas questões, consideramos salutar apresentar, mesmo que de modo sintético, a distinção que Marx faz, n’O Capital, entre o trabalho produtivo e o trabalho improdutivo⁸. O primeiro, de acordo com Marx (1998), n’O Capital, no contexto do modo de produção capitalista, situa-o como “*trabalho assalariado que trocado pela parte variável do capital (a parte do capital que se destina a salários), reproduz não só esta porção do capital (ou o valor de sua própria força de trabalho), mas que, ademais, produz mais-valia para o capitalista (...). Por conseguinte, só é produtiva a força de trabalho que cria um valor maior que o seu próprio*”. Em outras palavras, para o capital, esse trabalho é um meio para se obter dinheiro, para produzir mais-valia.

Tentando apreender a complexidade da *classe-que-vive-do-trabalho*, hoje, Antunes (2000, p. 96) afirma que esta classe não se reduz aos chamados trabalhadores produtivos. Na verdade, desde a sua formação ela não compreende apenas o trabalho produtivo, apesar de ser o seu núcleo central. Ao contrário, para este autor, “*(...) a classe trabalhadora hoje incorpora*

⁷ Segundo Alves (2000, p. 09), a classe dos trabalhadores assalariados tem sido atingida, em sua objetividade (ou seja, na materialidade do trabalho), principalmente quando se intensifica a precarização do emprego e do salário (p. 09), mediante novos níveis de flexibilidade.

⁸ Não compreendemos esses conceitos enquanto explicativos em si mesmos, ou mesmo como distintos historicamente entre si. No sentido atribuído por Marx, por exemplo, eles estão intrinsecamente relacionados, mas enquanto conceitos analíticos, é possível distingui-los para efeito de sistematização e apreensão teórica.

a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende a sua força de trabalho em troca de salário". Nesse aspecto, hoje, aquela classe engloba inclusive o conjunto dos trabalhadores improdutivos, cujas *"formas de trabalho são utilizadas como serviços, seja para uso público, como os serviços públicos tradicionais, seja para uso capitalista"* (Idem, p. 96, grifo nosso).

O segundo, o trabalho improdutivo, define-se por seu valor de uso, como serviço, e não como trabalho que gera valores de troca. Para Marx (1998), o trabalho improdutivo

"é o que não se troca por capital, mas diretamente por renda, isto é, por salários ou trabalho (nem da natureza de seu produto, nem de caráter especial do trabalho concreto), mas da forma social definida, as relações sociais de produtor em que se realiza o trabalho" (p. 133).

Podemos considerar que o trabalho (enquanto categoria de análise) no setor público apresenta traços significativos de um trabalho improdutivo⁹, no sentido marxiano, pois como serviço, ele expressa o *"valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade"* (Marx, 1978, p. 168). No entanto, apesar de não ser um gerador direto de valorização do capital e de criação de mais-valia, ele contribui (indiretamente) para a reprodução do capital, assim como apresenta situações semelhantes às vivenciadas pelo setor produtivo.

Apesar de apoiar-se numa abordagem marxista, Pires (1998) diz que considerar o trabalho no setor de serviços, em sua totalidade, como improdutivo, esbarra em alguns impasses. Por isso, para essa autora, a ressalva que o pensador C. Offe faz é pertinente, ou seja, as atividades que envolvem os serviços ofertados pela esfera estatal/ pública são: *"voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade"* (Offe apud Pires, p. 72).

Nesse sentido, o conjunto de trabalhadores (produtivo ou improdutivo), para Marx (1998), pertence à mesma classe, mesmo cumprindo papéis diversos no processo produtivo – seja comercial, produtivo ou transitório¹⁰. Mas, para efeito desta pesquisa, privilegiamos a

⁹ Entretanto, não se pode atribuir ao trabalho no setor público, na sua totalidade, a definição de improdutivo. Primeiro, porque existe o trabalho desenvolvido pelas empresas e fundações estatais que, em geral, produzem mercadoria (no sentido marxiano). Segundo, devido à incorporação do trabalho terceirizado no âmbito público, mesmo nos setores considerados como de aparato burocrático ou de gestão. No caso da saúde, observa-se que a lógica do lucro é vivenciada nitidamente quando se trata de trabalho ofertado por meio de uma cooperativa, de uma empresa privada ou mesmo de uma entidade não-pública de caráter privado. Mas este assunto será melhor discutido nos capítulos seguintes.

¹⁰ Segundo Beluche (2002), Marx compreende essa forma de trabalho que *"pode estar à margem de uma relação estritamente capitalista ou realmente incluída no capital"*. Podem ser identificadas a estas formas

dimensão da transitoriedade preconizada pela concepção marxiana e retomada por alguns autores a partir do século XX. Essa dimensão pode ser melhor visualizada quando a explicamos relacionando-a com uma concepção de classe trabalhadora que incorpora tanto os trabalhadores produtivos como os improdutivos. Estes últimos, enquanto criadores de antivalor no processo de trabalho, “*vivenciam situações muito aproximadas com aquelas experimentadas pelo conjunto dos trabalhadores produtivos*” (Antunes e Alves, 2004, p. 342).

Retomando a questão da particularidade do trabalho no setor público e, por conseguinte, do servidor público¹¹, podemos indagar quais seriam os elementos distintivos do trabalho desenvolvido no âmbito do Estado? Para tentarmos responder a esta questão, utilizaremos a reflexão feita pelo sociólogo Olmedo Beluche¹² (2002) sobre a questão dos “trabalhadores do Estado”.

Sob a orientação marxista, este autor diz que é possível explicar a situação e o caráter dos trabalhadores do setor público, comparando-os com a caracterização da classe operária em geral proposta por Marx. Excluí-se, portanto, dessa abordagem, os funcionários das empresas públicas ou estatais, pelo fato de seu trabalho se fundamentar num tipo de atividade que gera mais-valia e produz uma dada mercadoria, visando gerar mais valor de troca.

Beluche (2002), então, destaca quatro pontos sobre tal comparação. A seguir: a) como o restante dos assalariados, os servidores públicos se encontram “*despossuídos de seus meios e instrumentos de trabalho. Não são donos dos meios nem do produto dos mesmos*” (p. 120); b) ao não serem donos dos meios de produção, estão obrigados a vender sua força de trabalho, como o restante da classe operária. Assim, “*os servidores públicos possuem unicamente, como qualquer operário, a capacidade de trabalhar (força de trabalho), e a oferecerem em troca de um salário*” (Idem, p. 120); c) não determinam as condições e ritmos de seu trabalho, já que são impostos a eles “*como algo ‘alheio’ a esses empregados públicos*” (Idem, p. 121); e d) quanto à sua relação com o capital, eles se enquadrariam no mesmo patamar que o empregado comercial, pois em ambos “*o salário é pago de acordo com o preço de sua força de trabalho, determinado pelo custo de sua produção. E isto não impede que*

“*intermediárias os profissionais ‘liberais’ (advogados, médicos, etc.), o trabalho artesanal e artístico e os trabalhos que representam a prestação de alguns serviços*” (p. 119, grifo nosso).

¹¹ Assim como Beluche (2002) distingue os servidores públicos dos funcionários das empresas públicas estatais, para efeito desta pesquisa, quando nos referirmos aos servidores públicos, neste estudo, excluiremos os trabalhadores das empresas estatais ou públicas, conforme justificativa acima apresentada por este autor.

¹² Precisamente em análise apresentada em seu artigo chamado “Os trabalhadores do Estado e a teoria marxista das classes sociais”. In: Revista Marxismo Vivo, São Paulo, n. 6, p. 113-122, nov. 2002.

trabalhe muito mais que o tempo necessário (que é pago como valor da força de trabalho) produzindo um sobreproduto” (Idem, p. 121).

Este sobre-trabalho, porém, não deve ser confundido com a mais-valia, “*porque seu produto não está destinado ao mercado, não é mercadoria (exceção feita às indústrias estatais). Mas é um serviço prestado pelo Estado para garantir as condições gerais do funcionamento da sociedade capitalista” (Idem, p. 121).*

Os empregados públicos, nesse aspecto, apesar de serem assalariados, não podem ser visto como trabalhadores que produzem um sobre-trabalho equivalente à produção de mais-valia. Pois, de acordo com Marx (1998), esse sobre-trabalho não se converte em mercadoria e, portanto, em mais valor para ser trocado. Além do que, não são pagos com o capital variável, mas com o rendimento (entenda-se: impostos arrecadados pelo Estado). Nesse caso, suas remunerações são cobertas por parte do rendimento nacional, do erário público.

Desse modo, do ponto de vista econômico, mesmo o empregado público, assalariado livre como qualquer outro trabalhador, produz mediante um trabalho improdutivo – porque não produz mais-valia – e, ao mesmo tempo, transitório, pois “*se acha em outra ‘relação’ com o capital, ajuda a produzir as condições gerais da produção, aumentando a força produtiva do capital” (Beluche, 2002, p. 122), mesmo que de modo indireto.*

No caso do setor saúde, o trabalho nele desenvolvido, segundo Pires (1998), configura-se como parte do setor de serviços¹³, onde “*compartilha características de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo que tem características específicas” (p. 19).* Porém, como qualquer outro setor da economia no capitalismo, o de serviços também é “*profundamente influenciado pela lógica de acumulação de capital” (Idem, p. 18), mesmo quando consideramos as características particulares inerentes a um setor de serviços como é o público.*

1.2 – O processo de reestruturação produtiva e as mudanças na materialidade do trabalho na esfera estatal

¹³ Para Pires (1998), os trabalhadores inseridos no setor de serviços se diferenciam dos empresários e operários, pois se configuram como uma espécie de terceira força, que “*inclui desde o ‘office-boy’ até o gerente, os funcionários públicos, os trabalhadores dos serviços privados, do setor financeiro e do comércio” (p. 61, grifo nosso).*

As inúmeras transformações que têm marcado as sociedades contemporâneas, como a reestruturação do capitalismo¹⁴, nos últimos decênios do século XX, repercutem (material e subjetivamente) nas relações de trabalho tanto na esfera privada quanto no âmbito público. O mundo do trabalho se configura, nesse sentido, como uma das dimensões que compõe a multifacetada sociedade contemporânea. Nesse aspecto, a análise sobre a materialidade do trabalho no setor público pode ser capaz de explicar os novos padrões e formas de trabalho resultantes das repercussões inerentes à reestruturação do capital e das relações deste com o Estado e a sociedade.

Até fins da década de sessenta, o modelo fordista¹⁵ constituía-se de modo predominante na organização da produção e do trabalho, articulado, é claro, a um Estado que se destacava por garantir à classe trabalhadora (especialmente, a dos países centrais) certos direitos sociais, no contexto do Estado de Bem-estar Social¹⁶, na segunda metade do século passado. Sob forte influência do paradigma fordista, exigem-se novos modos de organização do trabalho de modo que se ajustem às inovadoras formas de produzir. No que diz respeito ao aparato do Estado, impõe-se novas bases às condições institucionais públicas, mais condizentes com a nova dinâmica estabelecida. Essas novas condições burocráticas e institucionais foram forjadas para operar no atendimento dessa realidade.

A partir da década seguinte, esse padrão fordista de acumulação já não centraliza mais a orientação das relações de trabalho e das formas de produção. Atingindo inicialmente os países do capitalismo central, emerge o modelo denominado “acumulação flexível¹⁷”.

¹⁴ Concorde-se com Alves (2000), quando este afirma que o “*capital não pode subsistir sem revolucionar, de modo constante, os meios de produção. A intensa e incansável pressão para revolucionar a produção tende a extrapolar, impondo transformações nas ‘condições de produção’ (ou ‘relações produtivas’), ‘e, com elas, em todas as condições e relações sociais’*” (p.20, grifo nosso). Nesse sentido, o mundo do trabalho na esfera estatal não está imune a essas recorrentes mudanças inerentes à dinâmica do capital e à relação deste com a sociedade e o Estado.

¹⁵ Conforme D. Harvey (1992), a produção fordista pode ser caracterizada, em linhas gerais, por uma economia de escala; produção em massa de bens homogêneos; uniformidade e padronização; testes de qualidade *ex-post*; integração vertical e (em certos casos) horizontal; realização de uma única tarefa pelo trabalhador; alto grau de especialização de tarefas, entre outros. HARVEY, D. *Condição Pós-moderna – uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 5 ed. São Paulo: Loyola, 1992, p. 167-168.

¹⁶ Esse tipo de Estado, segundo Oliveira (1998), pode ser “*sintetizado na sistematização de uma esfera pública onde, a partir das regras universais e pactuadas, o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lato, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio de gastos sociais*”. OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor – a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: RJ, Vozes, 1998, p.19-20.

¹⁷ Entendemos o conceito de “acumulação flexível” como recomenda Alves (2000), sem exagerar na sua significação ou mesmo apreendê-la como algo essencialmente original. Em suas palavras, “uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é sempre ‘flexibilizar’ as condições de produção – principalmente as da força de trabalho. (...) Desse modo, a categoria trabalho da flexibilidade é algo intrínseco à produção capitalista (...)” (p. 22-23).

Harvey (1992) analisa que a acumulação flexível “(...) *envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores econômicos como entre regiões geográficas (...)*” (p. 140). Ele diz, ainda, que:

“Esse poderes aumentados de flexibilidade e mobilidade permitem que os empregadores exerçam pressões mais fortes de controle do trabalho sobre uma força de trabalho de qualquer maneira enfraquecida por dois surtos de deflação” (p. 140-141).

Antunes (1999) comenta que esse modelo – o da acumulação flexível – pode ser definido pelo movimento de horizontalização da produção; a desconcentração industrial; o emprego de novas tecnologias e técnicas de gestão/ controle do trabalho; o aumento dos índices de desemprego e a crise dos organismos representativos do operariado, particularmente sindicatos e partidos políticos.

Segundo Abreu *et alli* (2000), algumas características são significativas deste novo modelo. São elas: *“reordenamento dos mercados e por uma nova onda de difusão de inovação tecnológicas e organizacionais ao longo das mais diversas cadeias produtivas (...), reorganização do trabalho e de elevação da produtividade”* (p. 27, grifo nosso).

A ampliação deste processo de reestruturação produtiva, de acordo com Salerno (1995), é determinante para se compreender as transformações vivenciadas pelo trabalho nas últimas décadas, em especial por inserir mudanças na organização – como as técnicas flexíveis de gestão da força de trabalho e produção¹⁸ -, tecnologia e estratégias de negócios das empresas.

Sobre esse assunto, ainda, o cientista social Ruy Braga (1996), ao mencionar o caráter estrutural das atuais mutações produtivas em curso, assinala que o trabalho, no contexto da “produção flexível”, impõe à vida social que se conviva, cada vez mais, com

“a desregulamentação das relações trabalhistas, a recomposição da relação salarial e a ofensiva patronal frente às modalidades de organização de massa herdada do longo período de lutas revolucionárias das classes subalternas no decorrer desse século” (p. 228).

Se nos detivermos somente ao âmbito privado ao tratarmos do *novo* modelo flexível, não daremos conta dos novos mundos do trabalho que são (re) criados (Alves, 2002), inclusive na esfera estatal/ pública. Nesse sentido, o modelo flexível repercute também na organização da força de trabalho da administração pública. Diante disso, o trabalho e os

¹⁸ Como, por exemplo, o *just-in-time*, *kanban*, entre outros.

trabalhadores, na esfera estatal, não se mantiveram imunes às recentes mudanças (a partir dos anos de 1970) que abalaram profundamente as relações entre capital, Estado e sociedade.

Devemos notar, portanto, que os efeitos do processo de reestruturação produtiva no setor privado não se reproduzem mimeticamente no setor público. De fato, em nenhum setor econômico, os elementos da reestruturação produtiva são adotados de forma homogênea. Como bem ressalta Leite (2003), deve-se considerar a singularidade do processo histórico de cada país no contexto da ordem econômica mundial, bem como as determinações desses elementos singulares no desenvolvimento dos modelos, padrões e formas de produção e trabalho.

Quanto à esfera estatal, segundo Leite (2003), devemos considerar aspectos próprios da dinâmica política. Por exemplo, quando emergem movimentos grevistas reivindicatórios, os funcionários públicos travam lutas (seja por melhores condições de trabalho, seja por maiores salários) que, em geral, estão articuladas (explicitamente ou não) com a luta pela melhoria dos serviços públicos, como a educação, a saúde, a habitação, etc. Enquanto que, no setor privado, esses elementos têm pouco (ou nenhum) significado para as lutas travadas entre o capital e o trabalho.

Outra ressalva que se deve fazer é quanto à tentativa de explicar a dinâmica do setor de serviços públicos, oferecidos pelo Estado, tal qual ocorre com o setor de serviços em sua totalidade. Como lembra Antunes (1999), o panorama do trabalho é múltiplo e contraditório. Assim, diferentemente do que vem ocorrendo no setor de serviços, de maneira geral, a situação do trabalho no setor público não presencia um crescimento significativo, no período entre 2000 e 2005, seja do número de servidores¹⁹, seja por parte do fortalecimento político-institucional na oferta dos serviços públicos, principalmente os da área social²⁰.

Nesse aspecto, o panorama do trabalho no setor público indica uma aproximação, em vários aspectos, da atual situação no âmbito privado. Nos dois setores, ampliam-se situações como as de: subproletarização intensificada, onde se destaca a expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado e terceirizado (Antunes, 1999, p. 41-42, grifo nosso).

¹⁹ A evolução do número de servidores civis federais, no Brasil, entre 1991 e 2004, pode ser visualizada a partir de conjunturas distintas: a primeira (de 1991-94), onde 99.186 funcionários públicos se aposentaram e nenhum ingressou; a segunda (1995-98), aposentaram-se 106.213 e ingressaram 46.472; a terceira (de 1999-2002), 28.421 se aposentaram e 5.141 ingressaram e, por fim, a quarta (entre 2003-04), onde 23.939 se aposentaram e 23.342 ingressaram. Como se pode observar, o saldo é negativo para a carreira de servidor público. NOGUEIRA, R. P. *Novas Tendências Internacionais da Força de Trabalho do Setor Público*. Brasília: NESP/CEAM/ UNB, 2005, p. 1-11.

²⁰ Conforme Soares, “*ao mesmo tempo que se desmonta a ordem do trabalho, a ideologia neoliberal produz um retrocesso histórico no que diz respeito à origem do bem-estar social, que sai do terreno do coletivo e passa para o âmbito do privado*”. SOARES, L. T. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003, p. 26.

Diante disso, podemos afirmar que o funcionalismo público convive com um acelerado processo de proletarização (Borges, 2003, p. 266), tal como já vem ocorrendo na totalidade da classe trabalhadora.

Nesse sentido, o trabalho no setor público não está imune aos efeitos da atual configuração do mundo do trabalho na contemporaneidade. Ao contrário, o trabalho nesta esfera também vem sendo afetado pelo modelo “acumulação flexível”, onde um dos fenômenos mais lapidares destes *novos tempos* é o vertiginoso crescimento da terceirização²¹ da mão-de-obra. O uso ampliado de contratações de serviços, mediante terceirização, vem se intensificando nos mais variados tipos de serviços públicos, de segurança à alimentação, de transporte à assistência social. No âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), por exemplo, o Estado (em todas as suas esferas) tem lançado mão da compra de força de trabalho fortemente marcada pela precariedade, como a oferecida por cooperativas ou mediante contratos temporários, só para citar algumas situações. Este assunto, inclusive, será abordado com maior detalhamento nos capítulos seguintes deste trabalho.

A introdução de práticas *flexíveis* na reorganização da força de trabalho no setor público, vem contribuindo, de modo decisivo, para

“(...) uma maior precarização dos empregos e dos salários, aumentando o processo de desregulamentação do trabalho e da redução dos direitos sociais para os empregados em geral e para os terceirizados em particular” (Jinkings e Segnini apud Antunes, 2004, p. 21).

A deterioração do padrão de vida; a diminuição constante no valor ou no poder dos salários; o risco de perda da proteção constitucional da estabilidade no emprego; a precarização das condições de trabalho e queda do emprego no setor público²², etc. (Nogueira, 1999; Petras e Veltmeyer, 2001), revelam algumas das conseqüências que atingem e modificam a força de trabalho no setor público brasileiro.

Alguns indicativos empíricos parecem confirmar essa tendência de transformações no mundo do trabalho do setor público brasileiro. Por exemplo, entre os anos de 1991 e de 2003, o número de servidores civis ativos, da União, diminuiu cerca de 31%, decrescendo de 661 mil para 456 mil. Por outro lado, houve um crescimento do trabalho terceirizado e, conseqüentemente, dos gastos federais com os serviços terceirizados. Segundo dados do

²¹ Esse tema será abordado, de modo mais específico, no próximo capítulo quando se pretende discutir os efeitos da “reforma do Estado” no âmbito da gestão e da organização do trabalho no setor público da saúde.

²² Contraditoriamente com o que ocorre na totalidade do setor de serviços, quanto à tendência ao aumento de postos de trabalho, o emprego no setor público apresenta profunda queda nas últimas décadas. No período de 1973-79, considerando a média mundial, cresceu cerca de 2%, enquanto entre 1979-1989 ampliou apenas em 1,1% (Mattoso, 1995; Sabóia apud Pires, 1998).

governo federal, o aumento de gastos foi da ordem de 363 milhões, em 1991, para 656 milhões, em 2003. No caso de contratação de consultores o aumento foi de 16,5 milhões para 129,7 milhões, no mesmo período²³.

Sobre essa inversão dos números de servidores públicos nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal, isto é, da queda na contratação de servidores federais e o aumento do contingente deste tipo de trabalhador nas demais esferas, a estadual e a municipal, supõe-se que isso venha ocorrendo devido ao processo de municipalização²⁴ de algumas políticas públicas, como é o caso do SUS. Quanto a este processo, podemos confirmar que, no período de 1999 a 2002, houve um aumento de 20% no total de servidores públicos municipais no Brasil²⁵.

Não obstante, de acordo com Nogueira (2005), a década de 2000, vem se destacando por marcar o retorno da ampliação do estoque de trabalhadores no setor público no mundo, frente à tendência histórica de diminuição dessa força de trabalho desde os anos setenta. Não obstante, é importante notar que tanto a tendência à diminuição quanto o possível aumento atual de trabalhadores no setor público, deve ser analisado considerando as particularidades da conjuntura de cada país ou região, bem como as suas motivações políticas próprias do âmbito local ou regional.

As mudanças que afetam o trabalho no setor público brasileiro, no contexto da reestruturação produtiva, parecem indicar alguns traços particulares da reconfiguração do mundo do trabalho no aparato estatal. Primeiro, seu caráter heterogêneo e profundamente multifacetado. Segundo, por se tratar de uma experiência onde a chamada “reforma do Estado” está em andamento, apesar de certos impasses, em especial os de natureza político-ideológica, que têm garantido alguns recuos deste projeto.

Considerando o intenso processo de redefinição do conjunto da força de trabalho no capitalismo, é inevitável que o funcionalismo público – enquanto setor da classe trabalhadora – sofra com inflexões decorrentes da reestruturação produtiva. Nesse sentido, este setor da classe trabalhadora e as suas entidades representativas estão tendo que lidar com este novo quadro situacional do trabalho no Estado brasileiro instaurado a partir dos anos noventa. Este cenário tem sido marcado, como já mencionamos anteriormente, por situações de

²³ Disponível em < www.brasil.gov.br >. Acesso em: 01 de fevereiro 2007.

²⁴ O processo denominado de municipalização pode ser entendido, no caso das políticas de saúde, quando o Sistema Único de Saúde efetua mudanças em seu plano político-administrativo, tendo como foco reorganizar as suas atribuições institucionais, ou seja, quando ocorre a “*descentralização da assistência, transferindo-se para os municípios o poder de decisão e de controle sobre a produção e alocação tanto dos recursos financeiros como humanos*” (Machado *et al.*, 2005, p. 13).

²⁵ Conforme dados demonstrados pela pesquisa “*Perfil dos municípios brasileiros – Gestão Pública 2002*”. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em: 10 de janeiro 2007.

intensificação do trabalho precarizado, mediante o processo de *flexibilização* e desregulamentação das relações de trabalho, assim como tem apresentado significativa redução de sua capacidade de organizar e oferecer os serviços públicos e do seu quadro de funcionários públicos.

Nogueira (2005) sugere que, no Brasil, desde o ano de 2003, presencia-se uma “nova expansão” de ingressados anuais por concurso no país²⁶. Entretanto, a discussão acerca do crescimento ou não do número destes trabalhadores, na esfera estatal, deve ser relativizada em certos aspectos, especialmente por conta do processo de municipalização das políticas sociais (como o SUS) em curso no país. Assim, o que se diferencia na situação evidenciada nas três esferas? Em que condições e formas de contratação esse aumento (quando ocorre) se dão? Esses e outros assuntos serão abordados a seguir, com destaque para a análise de como esse processo vem se dando no âmbito da saúde pública brasileira.

1.3 – As transformações do mundo do trabalho na saúde pública no contexto da reestruturação produtiva

O SUS (Sistema Único de Saúde²⁷), desde a sua criação, na década de 1990, enfrenta impasses cruciais para a sua consolidação na realidade brasileira. Problemas de várias ordens se impõem – econômico-financeiro, ideológico e político-social. Podemos dizer até que o SUS oscila entre o aspecto constitucional e o real (Bahia, 2005, p. 159). Nesse sentido, se, por um lado, a reforma constitucional brasileira, de 1988, representou um avanço no sentido da universalização de direitos, como o direito à saúde, de outro, no que se refere à política assistencial, as mudanças têm ocorrido de modo lento.

Assim, se os preceitos do SUS não são garantidos em sua totalidade, no sentido de uma efetiva consecução deste sistema, é possível dizer que predominam impasses que vão desde “...a economia – submetida a severas restrições fiscais –, passando pelos relacionados

²⁶ Essa tendência se destaca, sobretudo, no serviço público federal. Para Nogueira (2005, p. 5), entre 1991 e 1994 o Brasil vivenciou a conjuntura “crise e estagnação”, onde não houve ingresso; Entre 1995 e 1998, conviveu-se com a “reforma gerencialista”, onde se contratou cerca de 7.815, em 1998; a conjuntura de “orientação fiscalista”, do período entre 1999 e 2002, que limitou o ingresso, chegando a contratar somente 30 (trinta) servidores no ano de 2002; e, por fim, a conjuntura denominada de “nova expansão”, que teve o seu início a partir de 2003, e já teria em 2004, contratado 16.122 servidores.

²⁷ O SUS emerge, em sentido amplo, de um intenso e contraditório processo de luta no país, no contexto da chamada Reforma Sanitária e de abertura política do país e, em seu sentido restrito, “como forma de organização dos serviços que busca superar a multiplicidade de instituições responsáveis pelas ações de saúde; racionalizar os custos do setor; melhorar a qualidade da assistência prestada; forçar o Estado a assumir a responsabilidade para com a saúde e abrir espaço para o controle da população sobre os serviços de saúde” (Pires, 1998, p. 98).

com a gerência de uma unidade local, até os efeitos ao trabalho dos profissionais de saúde” (Bahia, 2005, p. 160, grifo nosso).

Observa-se, nesse aspecto, que as diretrizes e princípio inerentes às políticas de recursos humanos no âmbito do SUS, sofrem influência dos impasses reais²⁸ (estruturais e conjunturais) que se colocam à sua consolidação. Em outras palavras, não dá para tratar do tema da gestão e organização do trabalho na área da saúde pública, sem observar os reais obstáculos que impedem a efetiva consecução do SUS em tempos de reestruturação produtiva e do neoliberalismo.

Estas contradições existentes no SUS refletem diretamente em todos os seus aspectos. Inclusive, no caso da política de pessoal. Não podemos esquecer que

“... os trabalhadores em saúde no Brasil, compõem um contingente de profissionais influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias, não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada. Esses sistemas incluem sistema educacional e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas gerais e ampliadas para recursos humanos, no aparato jurídico-legal e legislativo que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões até a normatização das relações de emprego, em suas variadas expressões” (Pierantoni et al, 2004, p. 31, grifo nosso).

Considerando a multiplicidade de questões que se impõem ao funcionamento do SUS, tenciona-se, agora, discutir de que modo e em que situações os princípios inerentes ao processo de reestruturação produtiva afetam o mundo do trabalho na área da saúde pública a partir dos anos noventa. Para isso, a política de gestão e organização do trabalho desenvolvida no SUS, particularmente no que se refere à configuração de novas modalidades de trabalho (como: terceirizado, temporário, etc.), no atual contexto de desregulamentação do trabalho, deve ser adotada como *fio condutor* desta análise.

Diante da tendência à adesão aos princípios inerentes ao processo de “reestruturação produtiva”, por parte das três esferas de governo³⁰ – federal, estadual e municipal – a estrutura

²⁸ Segundo Pierantoni et al (2004, p. 30), esses entraves dão “*conta de aspectos relativos às dimensões estruturais (como, por exemplo, composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da Saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho, entre esferas de governo)*”.

²⁹ Esse tipo de análise ajuda na explicação dos possíveis motivos que levam um dado ente federativo, um município ou um setor da administração pública federal, a adotar os preceitos da “reforma do Estado”, em particular no tocante à gestão e organização do trabalho. No caso do Amazonas, tentar-se-á analisar como esse processo vem ocorrendo no âmbito da saúde pública estadual. Mas, este é assunto que será abordado no último capítulo deste estudo.

³⁰ Cada esfera, no entanto, apresenta processos diferentes e particulares, pois não aderem num mesmo tempo histórico e da mesma forma às imposições postas seja por processos de caráter mundial, seja de natureza

de planejamento, organização e gestão do trabalho no setor saúde passa a operar sob novas exigências econômicas e políticas, bem como exige mudanças significativas da gestão do Estado e da relação deste com o mercado e a sociedade.

Pires (1998) aponta que o setor saúde, na área pública, e, conseqüentemente, o tipo de trabalho desenvolvido nele, pode ser compreendido como parte do setor de serviços, pois explicita características do processo de produção no setor terciário. Não obstante, ele apresenta elementos específicos, especialmente quanto às formas de organização de sua estrutura institucional, que é resultante, em grande medida, do processo histórico-social com múltiplas determinações.

Desse modo, o trabalho na saúde pública, que deve ser visto como essencial para a vida humana, enquanto serviço:

“É parte da totalidade social e modifica a sua organização e processo de trabalho, no conjunto da dinâmica social que provoca mudanças na produção material industrial. Foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva” (Pires, 1998, p. 77).

Evidencia-se, dessa forma, que o setor saúde no Brasil não se manteve alheio às transformações estruturais e conjunturais decorrentes das novas formas de organização da produção e do trabalho no capitalismo, nem tão pouco dos efeitos do “novo papel” do Estado no que diz respeito a sua função legítima de regulamentar o uso da força de trabalho.

De acordo com Borges (2003, p. 257), o Estado brasileiro, ao ter a sua estrutura e mecanismos de funcionamento alterados, desde o início dos anos noventa, tende a adotar a máxima da redução de custos pautada principalmente através de medidas como o “*enxugamento do quadro de pessoal – demissões, privatizações, terceirizações – redução dos salários pagos e corte de benefícios*”.

Aproveitando o comentário acima mencionado por Borges (2003), consideramos pertinente que façamos um breve comentário sobre cada uma das medidas que buscam redefinir o funcionamento e a organização da força de trabalho na administração pública brasileira.

No que diz respeito à redução do quadro do funcionalismo público brasileiro, particularmente no âmbito da União, tem sido significativa desde o Governo de FCH. No período de 2002 a 2004, por exemplo, a taxa de crescimento do número de servidores civis

federais foi de apenas 1,9%³¹. Essa tendência se deve, em grande medida, pela adoção de algumas medidas jurídico-institucionais no âmbito do setor público, como: o Programa de Demissão Voluntária; a exígua realização de concursos públicos; o desmonte de determinados setores do aparato estatal; e a contratação de empresas privadas para prestar serviços terceirizados nas atividades que não são consideradas específicas ou estratégicas³².

Como se observa, em decorrência das *novas* demandas impostas à gestão e organização do trabalho no SUS, o processo de desregulamentação das relações de trabalho se intensifica, particularmente devido à tendência em aumentar a modalidade dos serviços terceirizados, como nas áreas médica e a de enfermagem. Nesse sentido, as cooperativas de profissionais da saúde, particularmente de médicos e de enfermeiro³³, de diferentes especialidades, vem ganhando expressivo destaque no universo da força de trabalho no SUS. Trindade *et al* (2005), observam que

“as cooperativas de trabalho passam a representar uma importante alternativa para alocação de recursos humano no mercado de trabalho em saúde, com destaque para a grande quantidade de trabalhadores atuando sob essa modalidade de vínculo no Sistema Único de Saúde” (p. 03).

Dados da Pesquisa Assistencial Médica Sanitária, de 2002, levantados pelo IBGE, dão conta que a inserção dos enfermeiros, por exemplo, via as cooperativas, já atinge cerca de 7% (sete por cento) do total dos postos de trabalho³⁴. No entanto, se considerarmos a inserção desta modalidade, por região, constatamos situações assimétricas. No norte, 15,3%; no nordeste, 7,4%; no sudeste, 6,1%; no sul, 6,4%; e, no centro-oeste, 5,6%. Sobre a tendência de expansão dos serviços terceirizados, via cooperativa, na administração pública, estima-se

³¹ No período de 2000 a 2004, por exemplo, o Canadá apresentou um percentual de 17,5% e a Austrália de 15,7%. Já, entre 1998 a 2002, o número de servidores cresceu em 17,0%, no Reino Unido. Conforme comparação apresentada em: BRASIL. Min. Do Planejamento. Boletim Estatístico de Pessoal. Brasília. nº 105, jan., 2005.

³² Entre as atividades consideradas não-estratégicas são consideradas as de: conservação, limpeza, segurança, vigilância, transporte, informática, copeiragem, recepção, reprodução de documentos, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações estão entre as que deverão ser, preferencialmente, contratadas mediante empresas privadas.

³³ Quanto aos enfermeiros, um estudo realizado em Manaus, comprova que 67,3% dos cooperados trabalham entre 101 e 200 horas mensais, pelas cooperativas, o que representa, em média, 38 horas semanais. No entanto, 53% desses cooperados mantinham, pelo menos, um outro vínculo empregatício, seja em instituição pública ou privada. Esse fato indica a constatação que um número expressivo de trabalhadores/ cooperados que chega a trabalhar 300 ou mesmo 400 horas mensais. Não obstante, essa questão será tratada de modo mais aprofundado no terceiro capítulo deste estudo. TRINDADE *et. al.* *Os enfermeiros cooperativados em Manaus*. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 05 janeiro 2007.

³⁴ Na época, estes profissionais somavam aproximadamente 88.952, em números absolutos, em todo o país. Conforme dados do IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 09 dezembro 2006.

que hoje, pelo menos, 20% (vinte por cento) dos médicos brasileiros já estão cooperativados, no universo de 350 mil médicos³⁵.

Sobre o risco da introdução desta modalidade de contratação de trabalho na área da saúde pública, Nogueira (2004, p. 5) diz:

“as cooperativas que agem no setor saúde são apontadas como irregulares por burlarem dispositivos constitucionais de avaliação de mérito e de publicidade para o ingresso de trabalhadores no serviço público e, também, por representarem uma das formas utilizadas para descaracterizar o vínculo empregatício, isentando-se muitas vezes do cumprimento de obrigações trabalhistas e fiscais” (p. 05).

Nessa mesma linha de raciocínio, Dias (2006, p. 160) alerta que, para os defensores dos interesses de mercado, “(...) as ‘cooperativas’ (sic) médicas, os fundos de pensão complementar etc. ‘resolvem’ o problema ao preço, é claro, da destruição das políticas sociais e de aprofundar, ainda mais perversamente, a miséria”.

Sobre o uso das cooperativas no SUS, até Bresser Pereira (1998) faz ressalva quanto à característica crucial das organizações privadas, que é distribuir o seu excedente entre os cooperados. Em suas palavras: “... temos, assim, um sistema caro e perverso, que não garante o uso ótimo dos recursos escassos existentes, e permite ganhos descontrolados aos membros das cooperativas” (Bresser Pereira, 1998, p. 258).

Podemos dizer, então, que a contratação de força de trabalho por meio de cooperativas reflete a adoção por parte do Estado de um trabalho *atípico*³⁶, contribuindo para o alargamento da precariedade do trabalho na área da saúde pública, assim como para o aumento da instabilidade e desigualdade dos rendimentos, mesmo entre trabalhadores de um mesmo segmento, num mesmo local de trabalho.

Nesse aspecto, o uso de serviços terceirizados na área da saúde pública reflete a capitulação do Estado brasileiro ao permitir e, em certos casos, garantir a introdução desse tipo de trabalho no Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, é a completa incorporação de formas de organização e gestão do trabalho, típicas da iniciativa privada, pelo Estado. Não devemos esquecer, no entanto, que a adoção ou não da terceirização dos serviços públicos de saúde oferecidos pelo Estado traz à tona questões de cunho político-ideológico distintas das relativas à esfera privada. Sobre isso, Pires (1998) afirma:

³⁵ Conforme dados fornecido pelo FENCOM. In: BATISTA Jr., F. Fundação Estatal não fortalece o SUS. Jornal A Folha de São Paulo. Disponível em: < www.folhaonline.com.br >. Acesso em 30 agosto 2007.

³⁶ Segundo Vasapollo (2005, p. 60, grifo nosso), este conceito traduz a configuração dessas novas modalidades de assalariamento. Para ele, o trabalho atípico é todo aquele que se contrapõem às formas de trabalho regulamentadas e relativamente estáveis, que vão desde a generalização de bolsas de estudo e aprendizagem até contratos atípicos na administração pública.

“Na esfera pública a decisão de fechar um serviço ou terceirizar implica em considerar as necessidades da população em relação a esses serviços. Alguns não podem simplesmente fechar. Podem, até, ser sucateados, inclusive expondo a população a riscos, no entanto, o fechamento implica em riscos à credibilidade política dos governos e, além disso, os preceitos legais e Constitucionais que não podem ser, facilmente, desconsiderados” (p. 117-18).

No contexto de intensa flexibilização do trabalho, o Estado, enquanto empregador, garante um

“grau de arbítrio (e de poder) (...) tanto nos processos de seleção dos novos contratados, como na determinação da sua remuneração e a avaliação do seu desempenho, enfraquecendo e marginalizando os servidores públicos de carreira, em muitos casos desvalorizados e tratados como ocupantes de cargos ‘em extinção’, situação da qual, a rigor, está a salvo apenas a pequena parcela de funcionários que ocupa as chamadas ‘carreiras típicas’” (Borges, 2004, p. 257).

A adoção dessa modalidade pela esfera estatal não ocorre sem críticas ou resistências, em particular entre aqueles que defendem um Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública de Estado. Podemos identificar iniciativas em defesa do SUS no interior do Conselho Nacional de Saúde, nos diferentes movimentos sociais, no poder judiciário e entre intelectuais e acadêmicos.

A segunda medida, comentada por Borges (2003), refere-se ao esforço em reduzir salários do funcionalismo público brasileiro. Este tema vem ganhando destaque desde o início da divulgação da proposta de reforma do aparato administrativo estatal. A defesa em torno do achatamento dos salários se apóia no *“diagnóstico que orientou a reforma neoliberal do Estado brasileiro [que] considera excessivo, dispendioso, inadequado e ineficiente o quadro de pessoal existente e as relações trabalhistas vigentes no setor, igualmente inadequadas e rígidas”* (Borges, 2004, p. 257). Na visão neoliberal, o custo com pagamento de pessoal é considerado demasiadamente alto e oneroso para o Estado e, por isso, o aumento deste tipo de despesa tem contribuído, decisivamente, para que se aplique um ajuste fiscal no país.

Na verdade, o que esta perspectiva parece não querer enfrentar são os reais motivos que fragilizam o desenvolvimento das funções do Estado, principalmente o que se refere à linha da política econômica adotada pelo Brasil nas últimas décadas. Em se tratando do orçamento destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde o seu surgimento, podemos dizer que os gastos com pagamento de salários têm sido pífio se comparado aos custos gerais da área da saúde (Pierantoni *et al*, 2004, p. 28). Mas, à revelia dessa evidência, o rebaixamento médio dos salários dos funcionários públicos tem se tornado uma máxima para

os governos em todas as esferas. Assim, “enxugar a máquina” constitui-se enquanto medida *necessária* entre os defensores da “reforma do Estado”.

O recurso ao arrocho salarial para os funcionários públicos, adotado nas três esferas de governo do país, tem acelerado sobremaneira a perda da qualidade dos empregos públicos. Entretanto, o processo é contraditório e desigual no interior deste setor da classe trabalhadora – o funcionalismo público. Como ressalta Borges (2004, p. 266), a “*ampla maioria dos funcionários públicos que não integram as chamadas ‘carreiras típicas de Estado’, cujas perdas salariais e de benefícios, associadas à falta de perspectiva de carreira, configuram um acelerado processo de proletarização*”. Ou seja, se há um movimento de convergência ao rebaixamento dos salários do funcionalismo público em geral, não se pode afirmar que essa tendência atinge irrestritamente do mesmo modo todas as carreiras (as exclusivas e as não-exclusivas do Estado).

A extinção de um direito constitucional, como o reajuste dos salários indexados ao salário mínimo, o fim da data base, além do “estabelecimento de um porcentual de comprometimento da arrecadação com a folha de pagamento” (Borges, 2004, p. 257) têm sido algumas das medidas implementadas pelo Estado com vistas a garantir o tão propagado “equilíbrio fiscal”.

A última medida, mencionada por Borges (2003), refere-se à diminuição ou corte de benefícios para os funcionários públicos. Esse fato pode ser acompanhado quando da revisão ou criação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) dos trabalhadores da saúde. Para esses, assim como os demais funcionários públicos no país, desde a última década, as contratações através do regime estatutário têm coexistido, cada vez mais, com as que se dão mediante o regime celetista³⁷ ou mesmo por meio de contratos de natureza temporária. Entre aqueles dois regimes o que está em jogo, entre outras coisas, são benefícios como: a estabilidade do emprego, licenças por tempo de serviço, gratificações de função, licenças para realizar estudos, só para citar alguns. Os que não trabalham sob o regime estatutário, em geral, não têm garantido o direito a esses e outros benefícios. Não obstante, mesmo estes trabalhadores *estáveis* têm sido alvo de ataque por parte de governos que dotam os princípios da reforma administrativa. Daí, a tendência à proletarização entre os trabalhadores chamados de “efetivos”.

Diante desse quadro, é possível afirmar que não é só o trabalho na esfera privada que vem sofrendo com o processo de precarização do trabalho. O setor público também tem

³⁷ O regime em questão baseia-se na Consolidação da Legislação Trabalhista (CLT). Sua adoção, no âmbito público, tem encontrado resistências, em especial no plano jurídico (Borges, 2003, p. 266)

apresentado nuances do aprofundamento da atual configuração do mundo do trabalho, seja através de uma austera política de redução real dos salários desses trabalhadores, seja introduzindo novas modalidades de contratação de trabalho tendo em vista, a nosso ver, reduzir os custos de pessoal dos orçamentos públicos.

Nesse novo contexto, desde os anos noventa, o Estado brasileiro, ao cumprir de modo exemplar o receituário neoliberal

“não apenas deu ao ‘mercado’ ampla liberdade para contratar, usar e remunerar os trabalhadores, como, ao comportar-se, ele próprio, como mais um empregador obcecado pela redução dos custos de pessoal, deu o seu aval à rápida e intensa precarização do mercado de trabalho” (Borges, 2004, p. 267).

O conjunto de transformações que têm afetado o trabalho no setor público, desde a década passada, não poderia se constituir sem a emergência de medidas administrativas e políticas comprometidas com a consecução de uma “reforma do Estado”, com destaque, como diz Bresser Pereira (1998), para a efetivação de uma “reforma gerencial” na administração pública brasileira. Os novos arranjos jurídico-institucionais estabelecidos por esta reforma no Estado brasileiro, têm se mostrado decisivos para a constituição de um quadro das relações de trabalho no setor público, onde há o aprofundamento das situações identificadas como de forte *precariedade* nas relações de trabalho. Na área da saúde pública, no Brasil, este cenário pode ser visualizado nitidamente, conforme veremos a frente.

Cap. II – Reforma do Estado, Trabalho e Saúde Pública

2.1 A “reforma do Estado” em questão: um debate em curso

O debate em torno da “reforma do Estado”³⁸ abrange explicações distintas e, até, opostas, considerando a diversidade de abordagens ou o paradigma teórico-conceitual que se toma para analisá-la. Sem pretender aprofundar o tema que trata dos fundamentos, das diretrizes e dos princípios da chamada “reforma do Estado” ou mesmo dar conta da totalidade deste processo, tencionamos discutir alguns pontos que norteiam a discussão em torno da proposta da “reforma”, ou seja, pretendemos identificar e analisar os efeitos desencadeados por este processo na reorganização e gestão do trabalho no setor público brasileiro.

Há um certo consenso quanto ao marco histórico inicial da emergência deste processo no Estado brasileiro, que é a partir do primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). É, também, nesse mesmo período que se amplia o debate e as iniciativas (governamentais e da iniciativa privada) em torno das premissas neoliberais. O que não quer dizer que anteriormente o Estado não sofresse com pressões por parte dos interesses privados frente à administração pública. Pelo contrário, há sinais desse movimento em períodos anteriores, como, por exemplo, durante o processo da Constituinte (da década de 1980), seja por tentativa do governo³⁹, seja por defesa do chamado “sindicalismo de resultados”, que, por sua vez, apresenta forte convergência com os interesses empresariais, como, por exemplo, na proposta de defesa da livre negociação salarial (Diniz apud Carvalho, 2002, p. 33).

Se a economia mundial passava por profundas transformações, desde os anos setenta, fato este que explica, em grande parte, a emergência de processo com a “reforma do Estado” entre os chamados países centrais, com destaque a Inglaterra e os Estados Unidos (Soares, 2003; Carvalho, 2002; Oliveira, 1998), o cenário econômico e o político-institucional brasileiro, já na década de oitenta, reflete os impulsos dessa nova dinâmica do capitalismo

³⁸ Utilizamos este termo entre aspas neste trabalho no sentido de marcar nossa posição de crítica ao sentido atribuído à “reforma do Estado” pelo discurso neoliberal, pois entendemos que no bojo desta proposição o que ocorre, de fato, é menos uma reforma ou uma restauração no sentido de consolidação de um Estado Social, e é mais um artifício de contra-reforma do Estado, no sentido atribuído por BENJAMIM (apud DIAS, 2006, p. 146), que compreende a “reforma” como um instrumento para introduzir e implementar os princípios da gestão empresarial *no* Estado.

³⁹ Conforme aponta Carvalho (2002, p. 6), desde a metade da década de oitenta, durante o governo Sarney, já se vislumbrava a necessidade de “reformas modernizadoras da economia, do Estado e da própria sociedade”. Prova disso é o lançamento do **“Programa de mudanças: para que o Brasil faça de 86 um feliz ano novo”**. Entre as medidas destacadas por este programa, uma merece destaque para esse estudo – a proibição de ingresso de pessoal na administração direta.

internacional e das redefinições que estavam sofrendo as relações entre o mercado, a sociedade e o Estado⁴⁰.

Costa (2006) sugere que a “reforma do Estado”, num país como o Brasil, deve necessariamente ser analisada tanto por fatores internos (conjuntura política e sócio-cultural) quanto externos (comércio mundial, forças políticas entre nações, novos padrões de produção, etc.). Assim, a experiência brasileira da reforma em curso aponta que

“o *ajuste neoliberal* não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. Passa a existir outro projeto de ‘reintegração social’, com parâmetros distintos àqueles que entraram em crise a partir da década de 1970” (Soares, 2003, p. 19).

Nesses termos, a seguir, apresentaremos alguns desses aspectos (internos ou externos) presentes na reformulação do Estado brasileiro a partir de meados da década de oitenta, do século XX.

Para tanto, comentaremos sinteticamente duas das visões que parecem polarizar o debate brasileiro sobre o tema. A primeira, preconizada por amplos setores de governo, empresariais e intelectuais, fortemente identificados com a proposta de “reforma” do Estado (vista por nós, como neoliberal) e que tem como um de seus maiores representantes o economista Luiz Carlos Bresser Pereira⁴¹. A contribuição teórica desse autor parece sintetizar uma perspectiva ao “pró-reforma gerencial” no país como tentativa para superar a tradicional administração pública – autoritária e burocrática⁴².

A segunda visão, de caráter crítico e classista⁴³, está presente em discursos e bandeiras de lutas de alguns sindicatos (como os que representam setores do funcionalismo público), de movimentos sociais (que lutam em defesa da saúde pública, da educação, da habitação, entre outros) e de certos intelectuais e acadêmicos. De acordo com esta perspectiva, o processo da “reforma do Estado” está relacionado tanto com dimensões

⁴⁰ No plano das políticas sociais, como no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos identificar inúmeras contradições que refletem, de algum modo, o jogo de forças entre os que defendem um SUS público e universal e os que apóiam um SUS público, mas que seja compatível com um sistema complementar (privado ou filantrópico).

⁴¹ Esse autor se destaca no debate sobre a *necessidade* de Reforma do Estado, tanto por suas contribuições teórico-conceituais quanto pela sua atuação técnica e política. Por isso, privilegiamos esta contribuição, especialmente pelo seu caráter basilar para o entendimento desta perspectiva. Para uma síntese sobre sua perspectiva, consultar sua obra chamada **Reforma do Estado para a Cidadania – a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional**. São Paulo: Ed. 34, Brasília: ENAP, 1998.

⁴² De acordo com este paradigma, esse modelo, intrinsecamente fundamentado numa visão weberiana de burocracia, já não dá mais conta de responder aos problemas vivenciados pelo país na contemporaneidade.

⁴³ Oliveira (1998; 2003), Fiori (1997), Pires (1998), Carvalho (2002), Costa (2006), Soares (2003) e Agrela (2005) são alguns dos autores que foram consultados e identificados como contraponto à visão “gerencialista”, e com os quais este estudo se alia.

estruturais (como a relação capital x trabalho, os novos padrões de produção, as relações mundiais entre norte e sul, entre outros.) quanto com aspectos sócio-políticos e ideológicos que permeiam o complexo jogo das forças sociais no país.

A primeira perspectiva, a que defende a implementação de uma “reforma” no Estado brasileiro, tem na contribuição intelectual de Bresser Pereira⁴⁴ (1998) um suporte teórico e político fundamental, o qual tem sido basilar para a reforma do aparato estatal brasileiro desde o Governo de FHC. Assim, os subsídios elaborados por este autor coincidem, em vários aspectos, com a real reforma que o aparelho estatal brasileiro vem desenvolvendo nos últimos anos – desde a União até o âmbito municipal. Para Bresser Pereira (1998), a “reforma do Estado” e, em especial, a reforma gerencial⁴⁵, tornam-se urgente para o Brasil, tendo em vista a criação das condições necessárias para responder ao contexto atual da economia mundial e às novas formas de relações entre o Estado, a sociedade e o mercado que o mundo contemporâneo exige.

O termo reforma Gerencial é cunhado por Bresser Pereira (1998, p. 18, grifo nosso) de modo bastante preciso. Em suas palavras, “A reforma é gerencial porque busca inspiração na administração das empresas privadas, e porque visa dar ao administrador público profissional condições efetivas de gerenciar com eficiência as agências públicas”.

A constituição de uma administração pública gerencial é imprescindível para o estabelecimento de uma “nova gestão pública”, nesta visão, no lugar de modelos de administração pública identificados como anacrônicos e com poucos recursos para responder ao momento atual do capitalismo contemporâneo, como são os casos do paradigma patrimonialista, de caráter estatal, mas não-público e do burocrático, de caráter civil profissional⁴⁶. A vigência desses modelos de administração *ultrapassados* no aparato estatal brasileiro, segundo Bresser Pereira (1998), é compreendida como um fator decisivo para a permanência da chamada crise do Estado, ou seja, quando o Estado mostra-se incapaz de desenvolver verdadeiramente as suas funções constitucionais, como o de garantir políticas sociais.

⁴⁴ À época, em 1995, respondendo como ministro do MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado), do governo de Fernando H. Cardoso (1994-2002), Luiz C. Bresser Pereira coordenou um grupo de técnicos no esforço de elaborar uma proposta sistematizada sobre as bases necessárias para se implantar uma reforma no Estado brasileiro. Para ver mais detalhes sobre a versão oficial da reforma, consultar o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, MARE, de 1995.

⁴⁵ É importante ressaltar que, para Bresser Pereira (1998), não há relação entre o conteúdo de sua proposta de reforma gerencial e a “reforma do Estado” de cunho neoliberal. Esse esforço em distinguir os conteúdos de ambas, pode ser constatado em inúmeros textos do autor.

⁴⁶ Esta forma se baseia na dominação racional-legal weberiana (Bresser Pereira, 1998, pp. 20-21) e, para os dias atuais, mostra-se inadequada para instrumentalizar o Estado frente às demandas da *nova realidade*.

O esforço direcionado para superar as idéias e práticas patrimonialistas, segundo Bresser Pereira (1998), impõe ao Estado brasileiro implementar uma reforma que dê conta de articular três dimensões. São elas: a **institucional**, vista como essencial para o sucesso da reforma, a **cultural**, que implica necessariamente em superar definitivamente o patrimonialismo ao introduzir valores gerenciais na prática burocrática e a **gestão** que se configura como a mais lenta e difícil de ser executada, pois este aspecto não deve se ocupar em escolher entre as estratégias de gestão, mas “*criar instituições que viabilizem a adoção dessas estratégias*” (Bresser Pereira, 1998, p. 26).

A primeira dimensão (quanto à institucionalidade), merece destaque, pois é a partir de transformações nessa esfera que se viabiliza a criação de instituições normativas e organizacionais e descentraliza as ações sociais do Estado. Essas medidas incluem desde a defesa pela desregulamentação do trabalho no setor público até a importação de alguns princípios da administração do setor privado para a “nova gestão pública”.

Nessa perspectiva, é somente com a emergência de uma “reforma gerencial”, no Brasil, que se “*constitui, então, todo um quadro teórico e uma prática administrativa que, nos quadros da democracia, visam modernizar o Estado e tornar sua administração pública mais eficiente e mais voltada para o cidadão-cliente*” (Bresser Pereira, 1998, p. 21, grifo nosso). Entretanto, a reforma gerencial, para Bresser Pereira (1998), só tem sentido se o esforço seguir a linha de uma “nova gestão pública” e se for indissociável do regime democrático⁴⁷, de modo que busque o fortalecimento de suas instituições. Assim como, se for possível forjar novas instituições legais e organizacionais e de fortalecer uma burocracia profissional e moderna de modo que o Estado alcance *melhores* padrões de gestão, em particular quanto à melhoria no atendimento ao “cidadão-cliente”.

Nesse aspecto, esta concepção de “reforma do Estado” propõe uma ampliação de perspectivas em direção a um

“... Estado que disponha de maior capacidade de garantir os direitos sociais porque mais eficiente; que seja mais democrático, apoiando-se em um espaço público não-estatal fortalecido e uma sociedade civil mais integrada e atuante; e que tenha à sua disposição um corpo de administradores públicos mais qualificado, mais autônomo ao tomar decisões, e mais responsabilizado perante a sociedade” (Bresser Pereira, 1998, p. 12).

Contudo, para esse autor, a sua proposta de reforma na esfera estatal é baseada em quatro aspectos fundantes, a seguir: a) é gerencial, pela necessidade de mudanças no papel e práticas das instituições; b) é democrática, por considerar imprescindível o regime

⁴⁷ Bresser Pereira (1998) ressalta que a “Reforma Gerencial se faz *na e para* a democracia” (p. 21), bem como deve ocorrer por meio de mecanismos de controle (administrativo, de competição administrada e democrático). Este último, através do controle social ou participativo, da imprensa e opinião pública e da oposição política.

democrático e criar e fortalecer os mecanismos de controle; c) é social-democrática, já que reafirma o papel do Estado, agora, mais eficiente no que se refere à garantia dos direitos sociais; e d) é social-liberal, por atribuir ao mercado papel crucial de alocar recursos⁴⁸.

Estas diretrizes devem orientar o desenvolvimento das partes integrantes de uma reforma gerencial, que inclui, ainda, uma reforma constitucional⁴⁹, a criação de agências executivas e organizações sociais e o advento de um processo de mudança cultural, em particular quanto às formas de gestão, como a da qualidade.

Nesse sentido, a proposta da “nova gestão pública”, de Bresser Pereira (1998) é revestida de contradições. Pois, de um lado, ele reconhece a existência de particularidades presentes na dinâmica do setor público, como ele próprio diz: “...o Estado não opera por meio de trocas, mas de transferência, o mecanismo de controle não é o mercado mas a política e a administração, e o objetivo não é o lucro mas o interesse público” (Idem, p. 26). E, de outro, admite e recomenda que a administração pública pode (e deve) apresentar similaridades, em certos aspectos, com a administração privada, como, por exemplo: a descentralização e autonomia de ações; definição de indicadores de desempenho para as organizações; criação de quase-mercados⁵⁰; mecanismos de controle social e controle gerencial por resultados, só para citar alguns. A reforma gerencial do Estado brasileiro, na concepção de Bresser Pereira (1998), envolve, ainda, outras reformas – como: a administrativa (instituições, gestões, etc.), a fiscal⁵¹ e a política⁵². Esse tipo de reforma – a gerencial em conjunto com as demais – garante a constituição de um Estado *mais eficiente*, especialmente em áreas como a social e a científica.

É com esta nova postura que o Estado brasileiro implementa, via administração pública, a “reforma gerencial” como uma forma de, no âmbito nacional, superar os

⁴⁸ Não se quer, aqui, discutir a fundo os princípios que fundamentam esta definição, mas apenas ressaltar algumas contradições que o pensamento deste autor sugere. Compreendemos, assim, demasiadamente amplo os fundamentos político-ideológicos que norteiam a definição de “reforma” de Bresser Pereira, ao evocar uma redefinição das funções do Estado baseada em princípios tão distintos ou mesmo opostos, particularmente quando se trata do fortalecimento das funções sociais do Estado. Estas, por sinal, voltarão a ser discutidas, mais detalhadamente, quando tratarmos da “reforma gerencial” na saúde pública brasileira no item seguinte deste capítulo.

⁴⁹ No caso brasileiro, sua promulgação ocorre em 1998, à época esta reforma foi capitaneada institucionalmente pelo MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado), que tinha como ministro o economista Luiz C. Bresser Pereira. Para ver mais detalhes consultar o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995.

⁵⁰ Os quase-mercados são definidos como estratégias de competição administrada no sentido de controlar as atividades sociais financiadas pelo Estado, por meio de instituições descentralizadas. Diferencia-se do mercado, que se baseia no lucro, pela característica do Estado em operar por meio de transferências. (Ver melhor em Bresser Pereira, 1998, entre as páginas 18 e 26).

⁵¹ Esse tipo de reforma implica na reconstituição da poupança pública e a reforma da previdência social. (Bresser Pereira, 1998, p. 31)

⁵² Pressupõe reformas políticas de modo que se garanta uma maior governabilidade (Idem, p. 31).

fundamentos e práticas patrimonialistas e, no contexto mundial, responder ao processo de globalização em curso. Por isso, a adoção deste paradigma “*implica em ampliar os princípios e práticas da nova gestão pública*” (Bresser Pereira, 1998, p. 31).

Em contrapartida à concepção de prevê a necessidade, hoje, de uma administração gerencial do Estado, emerge na sociedade brasileira uma perspectiva que, a partir de um conjunto de contribuições teóricas e políticas, desmistifica a necessidade de um ajuste fiscal como esforço de superar a suposta crise que teria atingido o Estado brasileiro desde os anos de 1990, bem como critica o “desmonte do Estado”⁵³, em particular quando se trata das políticas sociais e, por conseguinte, do aparato burocrático necessário para a garantia desses serviços públicos.

Diante disso, se, por um lado, desde o governo Fernando Henrique Cardoso, houve uma ampliação, em certos aspectos, da adesão dos princípios da “reforma” no aparato estatal brasileiro, por outro lado, é possível dizer que esse processo não vem ocorrendo sem críticas ou resistências. Entre os agentes que têm impedido a implementação da reforma destacam-se o movimento sindical de funcionalismo público, mesmo que se considere seu significativo refluxo nos anos noventa, e os movimentos sociais em defesa das políticas sociais, como educação, saúde, habitação e terra, etc.

Entender a suposta crise fiscal e a necessidade de realizar um ajuste fiscal para superá-la, nesta visão, exige que relacionemos o papel do Estado (funções, estrutura, mecanismos, etc.) com a emergência da política neoliberal nos contextos nacionais. Para Soares (2003), entender os reais sentidos do neoliberalismo e a sua relação com a reconfiguração do aparato jurídico-institucional, via Estado, exige compreendê-lo em seu sentido amplo, pois o

“ajuste neoliberal” não diz respeito, exclusivamente, a uma questão de origem econômica. Ao contrário, “faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. Passa a existir outro projeto de ‘reintegração social’, com parâmetros distintos àqueles que entraram em crise a partir do final da década de 1970” (p. 19).

Sobre este fator macro-econômico, Costa (2006, p. 155) diz que: “*A globalização econômica desafia o poder dos Estados nacionais e faz emergir um conjunto de questões a respeito do papel do Estado na regulação da economia*”. Nessa perspectiva, o Estado

⁵³ Esse termo é utilizado por Lesbaupin (1999), para descrever a situação em que o Brasil se encontra desde que adotou a política de abertura econômica, associada à sobrevalorização do real e aos altos juros. Essa opção, incorporada pelos governos desde o início dos anos noventa, do século XX, tem garantido um quadro social desastroso. Para este autor, no lugar de um país “caminhando a passos largos em direção à modernidade”, o que evidencia é um processo de “desmonte da nação”, com ênfase na área social, como a que ocorre na saúde.

brasileiro precisava ter as suas funções e prerrogativas redefinidas, em especial quanto ao seu modelo de administração. Aliás, os desgastes sofrido pela administração pública brasileira teriam contribuído para o recente quadro de crise do aparato estatal do país. Para isso, seria necessário elaborar e implementar um modelo de administração distinto do que vinha sendo constituído – torna-se urgente a emergência de uma administração gerencial⁵⁴! *“Assim, a reforma do Estado foi transformada, no discurso do governo FHC, em discussão técnica, administrativa, sendo esvaziada do conteúdo político a ela inerente e desvinculada da política econômica”* (Costa, 2006, p. 165).

Contrariando a tese da “crise do Estado”, bastante em voga nos fins dos anos de 1980, onde a manutenção de modelos tradicionais de administração pública propiciaria o aumento progressivo de gastos ditos como desnecessários (como no caso das políticas sociais) e, por fim, uma crise fiscal, Oliveira (1998) observa que não é o Estado Social (ou como esse autor denomina, o Estado-providência) que está em crise, mas sim o seu padrão de financiamento público. Nesse aspecto, *“a presença dos fundos públicos⁵⁵, pelo lado, desta vez, da reprodução da força de trabalho e dos gastos sociais gerais, é estrutural ao capitalismo contemporâneo, e, até prova em contrário, insubstituível”* (p. 23). Nesse sentido, a “reforma do Estado” em curso *“(…) expressa uma composição das forças sociais, a concretização de um movimento conservador que buscou suprimir os avanços construídos a partir do modelo do Estado de Bem-estar Social”* (p. 155).

Em se tratando do processo de institucionalização da “reforma do Estado”, no Brasil, a visão crítica, em termos gerais, vê o advento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado⁵⁶, de 1995, como um momento crucial de mudança de estratégia do Estado em se reorganizar na contemporaneidade. Assim, confrontando o discurso “pró-reforma”, é possível dizer que *“Reformar o Estado, sob essa perspectiva, significa optar por um determinado tipo*

⁵⁴ Aliás, a experiência brasileira não difere tanto da máxima que orientou a “reforma” nos demais países da América Latina. Segundo Boito Jr. (1999), o aumento dos gastos financeiros e a redução dos gastos sociais têm servido de regra para países como o Brasil. Em contrapartida, para os países considerados centrais, apesar de fazerem ostensivas propagandas em favor de proposta neoliberal, eles *“continuam tendo estados grandes e ricos, muitíssimas regulações que ‘organizam’ o funcionamento dos mercados, arrecadando muitos impostos, promovendo formas encobertas e sutis de protecionismos e subsídios e convivendo com déficits fiscais extremamente elevados”* (Boron, 1999, p. 09).

⁵⁵ Essa noção é usado por Oliveira (1998, p. 53) em substituição aos conceitos de “estatização” ou ‘intervenção estatal’. Esses conceitos, para esse autor, não são suficientes para explicar o Estado na atualidade. Assim, o fundo público é uma espécie de *“mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, contém na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais que é privada”*.

⁵⁶ O seu conteúdo será melhor abordado nos itens seguintes, principalmente quando for tratado dos efeitos do Plano Diretor na organização e gestão do funcionalismo público brasileiro e na tentativa de implementar uma “reforma gerencial” na saúde.

de inserção do Brasil na economia mundial e, do mesmo modo, redefinir as relações que a instituição estatal mantém com as classes sociais no país” (Agrela, 2005, p. 05).

Nesta perspectiva, no atual momento do desenvolvimento capitalista, o jogo travado entre países e regiões, entre classes sociais, entre os interesses públicos e os privados, sofre redefinições. Uma das mudanças mais evidente na recomposição do aparato estatal, é a proeminência que instituições multilaterais de financiamento, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) adquirem sob nações do mundo todo. A atuação desses organismos tem sido determinante para “(...) *a constituição de um novo cenário político e econômico nacional e internacional*” (Carvalho, 2002, p. 04).

O papel do Banco Mundial na reestruturação interna das economias dos países em desenvolvimento, por exemplo, vem ganhando destaque nos diversos setores da vida nacional ao implementar operações envolvendo empréstimos para ajustes setoriais e estruturais, cujos traços comuns são o suporte a reformas institucionais e econômicas, desenvolver uma política macroeconômica apropriada ao indispensável objetivo da estabilidade; e enfatizar a racionalização dos programas de investimento no setor público. (Carvalho, 2002, p. 76).

Na esteira das exigências que se impõem ao Estado, decorrente de processos de amplitude mundial, cada país (central ou periférico) apresenta uma experiência histórica de desenvolvimento. Não é possível prever nítida e detalhadamente os desdobramentos da “reforma do Estado” em cada país ou região, apesar de que as estratégias e os objetivos desta *reforma* serem traçadas por agências internacionais de ampla capacidade técnica e geopolítica. Assim, a sua realização ou não depende no âmbito nacional, regional ou local, do jogo político entre técnicos, governantes, empresariado e setores da classe trabalhadora envolvidos com esta questão. Jogo este que, a nosso ver, é mediado por conflitos, resistências e interesses contraditórios, no contexto do cenário político-social historicamente determinado. Como bem lembra Fiori (1997), ao comentar sobre as contradições inerentes ao processo de globalização frente aos Estados nacionais: “*Seus impactos e perspectivas são diferenciados, e as alternativas abertas a cada país dependem, exatamente, das opções feitas pelas suas forças sociais e políticas internas e coordenadas por seus estados nacionais*” (p. 250).

Não há dúvida, porém, que têm se ampliado os princípios neoliberais nas diferentes esferas da vida social brasileira, seja nas empresas seja na esfera estatal. Esse processo, como já foi ressaltado anteriormente, não ocorre de forma homogênea e sem contradições. No plano da esfera estatal, como vem ocorrendo no país, evidencia-se que, “*a lógica da ‘eficiência’ extrapolou os limites da economia para ingressar nos domínios da política e da*

administração pública” (Costa 2006, p. 167). E, esses parâmetros *inovadores* se instalam e vêm germinando em diversos setores da administração pública e das políticas sociais, como na área da saúde pública.

2.2 A “reforma do Estado” e as repercussões no mundo do trabalho no setor público

É fundamental que se considere os conflitos entre o capital e trabalho, ou seja, a dinâmica da luta de classes, em qualquer esforço que busque analisar as mudanças societárias em curso, inclusive as vivenciadas *pelo e no* Estado. Melhor dizendo, as mudanças decorrentes da reestruturação produtiva e da “reforma do Estado” transcenderam o mundo do trabalho na esfera privada e chegaram ao âmbito público. Além disso, as atividades típicas do setor privado já estão presentes no setor público/ estatal, bem como este tem se constituído como “*um dos principais espaços de precarização do emprego e de flexibilização das relações de trabalho*” (Borges, 2003, p. 255).

As transformações ocasionadas pela reorganização do aparato estatal brasileiro, na década de noventa, vão desde propostas de revisão da legislação trabalhista – vista, por alguns, como inócua e retrógrada para os dias atuais – até *inovações* na gestão da força de trabalho e nas estruturas sindicais (p. 156). Segundo Costa (2006), os efeitos da “reforma do Estado” repercutem no conjunto da sociedade de forma avassaladora, mas atinge, de modo mais intenso, a classe trabalhadora, já que é a classe social que mais sofre com a ofensiva contra os salários, as mudanças nos benefícios sociais, os programas de privatização e as políticas em prol de uma maior liberdade do capital.

A progressiva adesão aos princípios de um novo modelo de gestão e organização do trabalho no setor público brasileiro pode ser compreendida, em grande medida, por conta de uma forte tendência do Estado, enquanto empregador, em aderir às mudanças impulsionadas pelo processo de reestruturação produtiva, já iniciada na esfera privada⁵⁷. Para isso, adota-se uma série de medidas político-administrativas no sentido de criar bases necessárias para se implantar e implementar uma reorganização da esfera estatal no país. O “Plano Diretor da

⁵⁷ Sobre a defesa desse *novo* modelo de gestão do trabalho no setor público, consideramos importante as contribuições de D. Osborne e T. Gaebler, que têm influenciado um número expressivo de intelectuais e governantes em vários cantos do mundo, inclusive um dos autores de maior destaque, no Brasil, quando se trata da defesa de se empreender uma *reforma* no aparato estatal brasileiro, que é o economista Bresser Pereira. Nesse aspecto, esses autores são basilares para se compreender a perspectiva, digamos, *pró-reforma*, que inúmeros governantes no mundo todo tem adotado na contemporaneidade. Ver OSBORNE D. e GAEBLER. **Reinventando o Governo – como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. 10 ed. Brasília: MH Comunicação, 1998.

Reforma do Aparelho do Estado⁵⁸”, de 1995, é emblemático no que diz respeito à nova postura que a esfera estatal começa a adotar na administração pública.

Nesse sentido, o Plano Diretor traz em seu conteúdo uma espécie de “cartilha” que tem norteado o reordenamento jurídico-institucional adotado pelo Estado brasileiro (União, estados e municípios) nesses *novos tempos*. No momento, quatro dos seus aspectos merecem destaques e comentários, por fazerem referência ao tema desta pesquisa – as mudanças que têm atingido o trabalhador em saúde e a reorganização do seu trabalho no setor público. São eles:

a) em seu aspecto **institucional-legal**, a proposta do Plano Diretor busca revogar alguns preceitos da Constituição de 1988, como o que se refere à rigidez da estabilidade dos servidores públicos (garantido pelo Regime Jurídico Único-RJU). Para que isso aconteça, o Estado deve adotar novos princípios na administração pública, seja flexibilizando a estabilidade dos trabalhadores, seja revogando o preceito de estabilidade atribuído ao servidor público. Estas medidas se tornaram máximas a serem seguidas em nome da *modernização* da administração pública, que busca, agora, ser “eficiente e eficaz”.

O esforço em desmontar inúmeras conquistas sociais, garantidas pelo texto constitucional de 1988, deu a tônica dos governos recentes da história brasileira. Enfrentar a suposta crise (do Estado) para esses governos, quer dizer diminuir gastos com o funcionalismo público e extinguir o princípio da isonomia salarial entre eles. Essas medidas impõem ao conjunto de servidores uma nova política de remuneração – baseada em critérios ditos modernos, como, por exemplo, os tipos de carreira: a exclusiva e a não-exclusiva de Estado.

Essas medidas, inerentes à proposta de “reforma do Estado”, insere-se num processo mais amplo de reorganização da economia internacional, tendo como substrato as transformações recentes que vêm afetando o mundo do trabalho, como se tentou indicar no capítulo anterior. O avanço da política neoliberal, via (e no) Estado, ocorre mediante a redução dos gastos e dos investimentos governamentais na área social e, por conseguinte, contribui decisivamente para a paralisação da criação de empregos no setor público, já que diminui a demanda, por parte do Estado, pela ampliação de um aparato burocrático (Boito Jr., 1999, p, 88).

⁵⁸ Pra ver o documento, na íntegra, consultar o BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995.

b) quanto aos **recursos humanos**, questiona a abrangência do regime estatutário para todos os servidores civis. Sobre esse ponto, parte-se da idéia de que as modalidades de contratação de servidor público devem ser *flexibilizadas*, já que nem todo cargo público exige contratação mediante o regime estatutário. Nesse aspecto, é fundamental que o aparato estatal reorganize o seu quadro de carreiras de acordo com a área de atuação.

Segundo o Plano Diretor, as áreas de atuação do Estado devem seguir os seguintes critérios: a) atividades exclusivas: são aquelas que envolvem os serviços de cobrança e fiscalização de impostos, de poder de polícia, de garantia da previdência básica e de controle de meio ambiente; II) serviços não-exclusivos: onde o Estado deve atuar simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, como em universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus; e III) produção de bens e serviços para o mercado: deve ser de atuação exclusiva das empresas privadas.

Uma das premissas básicas, segundo determina o Plano Diretor, é a de que torna-se inevitável a flexibilização dos tipos de contratação pelo Estado. Sob este argumento, nem todo funcionário público deve estar sujeito ao regime estatutário. Desse modo, a *flexibilização* não ocorre somente no tipo de contratação, mas também na forma de organização dos serviços públicos, já que estes podem ser oferecidos por um ente público não-estatal (através, de uma fundação, associação, ONG, etc.). Mesmo que se considere o fato do Plano Diretor reafirmar, oficialmente, a obrigação do Estado em garantir os subsídios para a manutenção de serviços, como os de educação, saúde, cultura e pesquisa científica, o que se verifica, de fato, é um descompromisso declarado do Estado com as políticas de cunho social (Lespaupin, 1999; Soares, 2003).

No caso da saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto uma política social, convive com uma contradição crucial – a de desempenhar tanto uma atividade exclusiva de Estado (controle gerencial), quanto um serviço não-exclusivo (como os prestados pelas Organizações sociais). Quanto a este último aspecto, o Plano Diretor orienta que haja uma “...*expansão da contratação indireta dos serviços de apoio administrativo, com a conseqüente redução de pessoal e de estruturas*” (Costa, 2006, p. 175).

Como se observa, a consolidação do Plano Diretor implica em mudanças no aparato jurídico-legal que trata do Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores públicos. Antes, predominantemente, fundando no regime estatutário. Hoje, outros regimes devem coexistir com o regime típico no setor público brasileiro, com vistas a eliminar “privilégios e distorções”. Porém, o que se vê nitidamente, com este plano, é que a regulação das relações de trabalho, consagrada pelo Estatuto do Servidor Público, são vistas, de um lado, como um

estímulo ao protecionismo do servidor público e, de outro, inibe o seu “espírito empreendedor”.

c) quanto ao **mercado de trabalho**, o Plano Diretor aponta três questões fundamentais – a relação entre a crise fiscal e os gastos com servidores ativos e inativos, a política de remuneração dos servidores públicos e os desequilíbrios na remuneração desses trabalhadores. O que se vê, ao tratar deste ponto é que a “reforma do Estado” deve garantir a diminuição dos gastos com pessoal. A ampliação destes gastos é considerada uma das causas cruciais que faz perpetuar a crise fiscal no país⁵⁹.

Sob este argumento, aplicar o ajuste fiscal implica em que o Estado adote medidas que dêem conta da

“ (...) exoneração de funcionários, por excesso de quadro; da definição clara do teto remuneratório dos servidores e da modificação do sistema de aposentadorias, aumentando-se o tempo de serviço exigido e a idade mínima para aposentadoria, exigindo-se tempo mínimo de exercício no serviço público e tornando o valor da aposentadoria proporcional à contribuição” (Bresser e Spink apud Costa , 2006, p. 182).

Transformou-se, assim, lugar comum defender uma maior eficiência do Estado combatendo o suposto número excessivo de servidores públicos. Segundo Borges (2003), esta noção é falsa, pois “(...) esse hipotético ‘excesso de pessoal’ é considerado como um ‘problema’ do subdesenvolvimento, do atraso e dos vícios do Estado brasileiro, o que não se sustenta frente a uma comparação internacional⁶⁰” (p. 256). Corroborando com essa crítica, Dias (2006, p. 165) comenta:

“A quebra dos ‘privilégios’ dos servidores públicos permite, no médio prazo, tornar a função menos valorizada e mais onerosa para aqueles. Encaminha-se, assim, taticamente, a implementação do ‘público emprego’, ou seja, a destruição de um quadro administrativo competente com relativa independência face ao Estado”.

Pode-se dizer, então, que a reforma da administração pública, nos moldes estabelecidos pelo Estado brasileiro, desde o Governo de FHC, tinha como foco fundamental extinguir os “privilégios” dos servidores, como os gastos com salários e benefícios, e cortar gastos do orçamento público, em particular nas áreas sociais. Nesse novo cenário,

⁵⁹ Uma das repostas dada pelo Estado brasileiro à suposta crise fiscal foi através da aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei comp. 101, de 4 de maio de 2000), que normatiza o controle dos gastos públicos e estabelece limites aos gastos com pessoal.

⁶⁰ Segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 1999, “numa lista de 64 países para os quais foram obtidas informações sobre a participação do emprego público no emprego total nos anos 1990, o Brasil ocupa o 58º lugar, alcançando apenas 11,5% nessa relação” (apud Borges, 2003, p. 256).

“a mudança constitucional nas regras da administração pública foi o mecanismo legal necessário para se implementar a redução do papel do Estado na execução de serviços sociais e a diminuição do número de funcionários públicos no país, dando seqüência ao ajuste fiscal” (Costa, 2006, p. 182).

d) no que se referente à **cultura administrativa**, prega-se a superação da administração burocrática, já que esta se apresenta, conforme dispõe a proposta do Plano Diretor, incapaz de responder às demandas e imperativos postos ao aparato estatal na atualidade. Para esta superação, propõe-se a incorporação de medidas e princípios (inclusive, no comportamento dos funcionários públicos) em consonância com a reforma gerencial como forma de responder à superação aos modelos indicados como tradicionais de administração pública, em especial a burocrática.

Para isso, potencializa-se a propagação do discurso ideológico da construção de um Estado *moderno*, ao mesmo tempo em que se defende a neutralidade das instituições que compõem o aparato administrativo público. Como se fosse possível exaurir a natureza de classe do Estado. Quanto ao trabalhador, essa reforma traz consigo uma tentativa de captura da subjetividade do trabalhador. Este deve se pautar em ser propositivo e colaborador, e, portanto, *“negar a possibilidade de uma identidade classista”* (Dias, 2006, p. 39). Daí que com o relativo refluxo do movimento sindical no setor público e, conseqüentemente, com o distanciamento de uma postura mais ofensiva e classista dos trabalhadores, é possível dizer que imprimir à gestão e organização do trabalho naquele setor, de acordo com os parâmetros e princípios articulados com a idéia de *eficiência e eficácia*, torna-se mais simplificado.

A apresentação de quatro dos pontos que constituem o Plano Diretor demonstra a abrangência e intensidade com que ele afeta a gestão e organização do trabalho na esfera pública. Ao avanço da consolidação deste plano corresponde o avanço e, por conseguinte, o aprofundamento da precarização e flexibilização do trabalho no setor público. Amplia-se, nesse sentido, a adesão à tática que busca reduzir a máquina pública, principalmente através da diminuição das despesas com funcionalismo público que trabalham sob o regime estatutário e se multiplicam as modalidades *atípicas*⁶¹ de contratação no setor público.

Segundo Costa (2006), quando o Plano Diretor exige esta flexibilidade contribui com a perda da autonomia do poder executivo. Sobre esta questão, esta autora analisa que o período do governo FHC:

⁶¹ Para um aprofundamento do tema, consultar Vassapolo, L. **O trabalho atípico e a precariedade**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

“...empreendeu um desmonte da máquina pública com demissões de funcionários (...); desmonte da seguridade social, por meio da reforma da previdência social, que foi reduzida a seguro social, esquecendo dos trabalhadores do setor informal; precariedade dos investimentos na área da saúde e quebra dos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, devido à proposição das Organizações Sociais” (p. 181, grifo nosso).

Fica evidente que a ofensiva aos Estados nacionais, no contexto de reorganização do capital, é avassaladora. Sob a égide da “nova ordem internacional”, impõe-se aos aparatos públicos/ estatais uma redefinição de sua composição, em especial quanto às suas funções e papéis desempenhados⁶². Agrela (2005, p. 4-5) destaca duas medidas adotadas pelo Estado brasileiro, no atual cenário da “reforma”: a primeira, refere-se à criação de novos aparatos jurídicos e políticos no sentido de que cada país “deve” se organizar para o avanço do mercado internacional, e, a segunda, diz respeito ao estímulo à desestatização, desregulamentação da economia, flexibilização das relações de trabalho.

As mudanças estruturais exigidas pela “nova ordem internacional” ao Estado brasileiro, de acordo com Carvalho (2002), não é mais compatível com um aparato estatal baseado no modelo desenvolvimentista⁶³, onde a esfera estatal tem um papel central na orientação da dinâmica das forças produtivas brasileiras. Exige-se, agora, “modernizar racionalmente” as estruturas do Estado brasileiro, de modo que ocasione *“(...) o incremento das políticas sociais do Estado, a diminuição dos gastos com sua burocracia, a contenção dos investimentos e a redução de sua presença em setores produtivos, e o incentivo à expansão da empresa privada”* (Carvalho, 2002, p. 19, grifo nosso).

Como se vê, os fundamentos das relações que se constituem entre Estado, mercado e sociedade, no contexto da “reforma do Estado”, no Brasil, sofrem redefinições, decorrentes, em geral, do processo de desregulamentação das políticas sociais (como a saúde, a previdência, etc.) e de desestatização da economia. (Carvalho, 2002, p. 71).

A “reforma gerencial”, no que se refere ao trabalho no setor público, se pauta, portanto, essencialmente, pela redução do controle do Estado sobre o processo administrativo.

⁶² Nesse novo contexto do capitalismo mundial, onde o capital financeiro está fortemente apoiado pela crescente intervenção estatal, para os interesse hegemônicos, *“(...) não há um Estado mínimo, mas um Estado máximo, que protege, subsidia e remunera o capital financeiro num nível nunca visto antes”*. AGRELA, Euclides de. **Reforma Neoliberal do Estado – quando o mínimo é o máximo**. In: Cadernos de Debates 2. São Paulo: ILAESE, 2005, p. 05.

⁶³ Concepção esta que se caracteriza, de modo geral, com a iniciativa da substituição de importações, de modo que ocorre uma associação entre o capital nacional, o capital internacional e o Estado.

Diminuir gastos com o funcionalismo público⁶⁴ e estabelecer novas formas de execução das políticas públicas apresentam-se como uma das medidas a serem preconizadas também pela administração pública.

Nesse aspecto, a “reforma do Estado” que vem se impondo à realidade brasileira, é a que compreende que:

“(...) a execução das políticas sociais – como educação e saúde, por exemplo – em um contexto de ‘crise fiscal’, exigiria, na perspectiva dos governos, a criação, a partir do Estado, de novos mecanismos de financiamento e de execução das políticas públicas. Nesse sentido, tornava-se necessário não apenas diminuir os gastos públicos com o funcionalismo e a máquina estatal, mas também instituir os instrumentos capazes de, simultaneamente, garantir o cumprimento de algumas políticas públicas setoriais e reduzir a intervenção direta do Estado” (Carvalho, 2002, p. 72, grifo nosso).

É importante notar para o fato de que a defesa da necessidade do “ajuste fiscal” se constitui como elemento central para a implementação da Reforma. Onde, para garantir o seu sucesso, deve-se inevitavelmente combater o aumento dos gastos públicos, que seriam ampliados, principalmente, em virtude das despesas com o funcionalismo público⁶⁵ e com a Previdência Social. Confirmando essa perspectiva, Fiori (1997) frisa que as “*reformas previdenciária e administrativa (...) já estão transformadas numa pândega: vale o que for, desde que reduzam os custos e permitam demitir funcionários*” (p. 152-53, grifo nosso).

Como o interesse dessa pesquisa não é discutir os fundamentos do ajuste fiscal, na sua totalidade, mas sim apontar em quais aspectos esse fenômeno se relaciona com as mudanças e efeitos na materialidade do trabalho no setor público. Algumas medidas implementadas a partir da década de 1990, no âmbito do governo federal, atingem diretamente os servidores públicos. São elas: o Programa de Desligamento Voluntário (PDV⁶⁶), de 1997; a redução do número de cargos do funcionalismo público; limites postos à receita com o pagamento do funcionalismo; o fim da rigidez da contratação de servidores pelo Regime Jurídico Único; e a flexibilização da estabilidade dos servidores públicos. (Carvalho, 2002, p. 76-77).

⁶⁴ Conforme, o índice de emprego nos serviços públicos civis, do Executivo Federal, passou de 628.325, em 1990, para 583.020, em 1994. BRASIL. MARE. **Boletim Estatístico de Pessoal**. Brasília: MARE. v. 1, n. 22, 1998.

⁶⁵ Corroborando com essa análise, Agrela (2005, p. 9) defende que, no bojo da necessidade de reforma trabalhista, no caso brasileiro, o Estado atua no sentido de contribuir para a diminuição do custo da força de trabalho, tanto no setor privado quanto no âmbito público.

⁶⁶ Conforme BRASIL. MARE. Inst. Norm. 014, de 20 novembro de 1996.

No bojo dessas transformações, as condições materiais e subjetivas do servidor público são afetadas diretamente com a escassez da realização de concursos públicos, a flexibilização da legislação trabalhista do serviço público, contratação de trabalhadores via cooperativas de profissionais ou mediante contratos temporários, só para citar alguns.

Ao focar as causas da crise do Estado no funcionalismo público (seja por conta de seu suposto quadro de pessoal em demasia, seja devido aos gastos exigidos para o funcionamento das políticas sociais), os governos nas diferentes esferas (federal, estadual ou municipal), tendem a viabilizar a reforma administrativa nos moldes propostos pelo Plano Diretor. Isso ocorre, também, como mecanismo para escamotear as reais razões da queda vertiginosa que vem sofrendo os investimentos públicos na área social, como no caso da saúde pública. Ao comentar o suposto caráter eminentemente técnico e neutro da proposta da reforma administrativa, o sociólogo Francisco do Oliveira enfatiza que a “...denominada reforma administrativa, sob o nome pomposo de reforma do Estado, (...) nunca passou de uma reforma da estabilidade do funcionalismo” (apud Costa, 2006, p. 189). A atual conjuntura nos indica, então, que

“O Estado que, face aos interesses e às necessidades das classes subalternas, proclama a sua desnecessidade, revela-se o grande articulador das práticas capitalistas. Se os direitos diminuem, os deveres em relação à ordem do privado se maximizam. (...) De certo modo, o Estado recupera a sua função original tal qual pensada pelos liberais: o de guardião dos contratos, das propriedades e o defensor da ordem” (Dias, 2006, p. 43).

Percebe-se, desse modo, um retrocesso do papel do Estado na sociedade capitalista no sentido de garantir os direitos sociais conquistados desde o século XX. No plano brasileiro⁶⁷, onde

“sob o argumento da ‘modernização de Estado’, foram introduzidos critérios empresariais de ‘custo-benefício’ incompatíveis com o caráter público e social dos serviços e benefícios, com mecanismos de ‘autofinanciamento’ que permitem a dualidade no acesso aos serviços públicos através do pagamento direto” (Dias, 2006, p. 29),

o cenário é mais crítico e intenso.

Nesse atual contexto de “desmonte do Estado”, a área da saúde, enquanto política social, não está imune às transformações impulsionadas pela “reforma do Estado”. Ao contrário, há indícios reais que a área da saúde pública, no Brasil, seguindo uma tendência mundial, é vista como “um dos alvos privilegiados nas iniciativas nacionais de reformulação

⁶⁷ Apesar do processo de *ajuste fiscal* ter um caráter global, seus reflexos são complexos e contraditórios. Como bem ressalta Soares (2003, p. 20), “...essas mudanças se dão de maneira extremamente desigual entre os países e as distintas regiões no mundo. Isto significa dizer que o preço pago pelo ajuste foi muito mais alto nos países da periferia capitalista”.

da administração pública” (Nogueira, 2000, p. 19), especialmente devido aos significativos gastos com pessoal e custeio. Sendo assim, não é possível que o SUS se mantenha intocável diante deste processo. Mas, isto é assunto para ser abordado à frente.

2.3 A reforma gerencial no SUS e a nova configuração do trabalho

Não se pode dizer que a acomodação dos interesses privatistas no SUS data do governo de Fernando Henrique Cardoso, ao implementar, de fato, a reforma gerencial no aparato estatal. Na verdade, desde a sua criação, o sistema público de saúde convive com inúmeras contradições que impedem a sua consolidação. Por um lado, garantiu formalmente (via Constituição de 1988) a universalização dos serviços e, por outro, foi atingido com a queda de seu orçamento ou até mesmo redirecionamento de suas receitas para o pagamento de juros e encargos da dívida pública⁶⁸ e com o amparo jurídico-legal da participação da chamada saúde complementar (privada), contemplada desde a proposta original de política do SUS.

Não obstante, a partir dos anos noventa, do século passado, pôde-se comprovar que a saúde pública no país, enquanto política social, foi profundamente afetada pela desarticulação do equilíbrio entre mercado e Estado. Como diz Boron (1999), esses tempos são marcador por *“(...) uma impressionante ofensiva no terreno ideológico que ‘satanizou’ o estado ao passo que as virtudes dos mercados eram exaltadas”* (p. 10).

Nesse contexto, multiplica-se na sociedade brasileira uma tendência à mercantilização de direitos, conquistados em outras épocas através das lutas sociais. Em outras palavras, os direitos sociais, agora, tendem a ser convertidos em “objetos mercantis” (Dias, 2006). Por isso,

“A universalização dos benefícios é, na ordem privada, subversivo. Seus limites estão dados pelo processo de valorização. O welfare, de condição de acumulação passa a ser obstáculo. O Estado deve abandonar o campo social transformando-o em terreno de caça mercantil” (Dias, 2006, p. 43, grifo nosso).

Em síntese, os impasses estruturais colocados ao conjunto das políticas sociais, em vez de ampliar a garantia de direitos sociais, pelo contrário, os direitos de cidadão *“(...) se*

⁶⁸ Em 2003, por exemplo, a economia feita pelo Estado brasileiro para alcançar o superávit primário foi em torno de R\$ 49 bi. *“Esse valor corresponde duas vezes o orçamento da saúde e três vezes o da educação. Para se alcançar tal objetivo exigiu-se: máxima austeridade; eficácia do poder decisório; e maior eficácia dos focos dos gastos públicos e procedimentos administrativos”* (Dias, 2006, p. 150-51, grifo nosso).

transformaram em simples mercadorias intercambiadas entre ‘fornecedores’ e compradores à margem de toda estipulação política” (Boron, 1999, p. 09).

Diante desse quadro, é impossível tratar de um tema como é o trabalho no setor público da saúde, sem situá-lo numa análise sobre a atual relação entre Estado e mercado, bem como de questões que vão desde o papel do Estado na implementação de políticas sociais, passando pelo jogo de forças sociais entre classes sociais e frações destas classes e a atuação do movimento sindical do funcionalismo público até a política econômica predominante no país. Em resumo, uma análise sobre as transformações do trabalho no setor público/ estatal, deve buscar articular os diferentes aspectos da vida social e que podem interferir, condicionar ou mesmo determinar o tipo e os princípios que norteiam a política de recursos humanos no âmbito do SUS⁶⁹.

Para discutirmos o assunto desde item, tomaremos como fio condutor o conteúdo de discursos e documentos oficiais⁷⁰ que tratam da necessidade da “reforma gerencial” na área da saúde e a os seus reflexos na reorganização da força de trabalho na esfera estatal/ pública desde a última década.

O discurso na necessidade de se reorganizar o aparato administrativo do Estado, no contexto da “reforma do Estado”, buscou priorizar a área social, pois é onde “*economias ou os ganhos de produtividade que se podem realizar com uma boa gestão da política social são imensos*” (Bresser Pereira, 1998, p. 251). Nesta visão, a área da saúde pública está entre os setores que mais “necessita” de reforma e é onde também uma “*administração pública moderna poderia ter efeitos formidáveis*”, segundo as premissas deste projeto.

Para Bresser Pereira (1998), entre os setores da área social, o da saúde, é o que apresenta o maior grau de dificuldade para se implantar e implementar uma reforma administrativa e de gestão. Não obstante, para esse autor, três impasses se impõem à reforma gerencial no SUS: primeiro, reformar o SUS sem que ocorra anulação de suas responsabilidades constitucionais, como o de oferecer um sistema de atendimento médico e

⁶⁹ É bom lembrar, como ressalta Pierantoni *et al* (2004, p. 31), que “*no campo da gestão de RH e das relações intersetoriais é conhecido que os trabalhadores em saúde no Brasil, compõem um contingente de profissionais influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias, não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada*”. Isso nos indica que no âmbito do SUS a gestão do trabalho não obedece a uma coerência em se tratando da organização da força de trabalho. Esse fato vai ser evidenciado quando tratarmos especificamente do funcionamento do SUS no estado do Amazonas, no terceiro capítulo deste estudo.

⁷⁰ Referimo-nos aos documentos: BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Brasília: MARE, 1995; BRASIL. **A Nova Política de recursos humanos**. Brasília: MARE, 1997; e BRASIL. **A Reforma Administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE, 1998. E, ainda, às contribuições de Bresser Pereira por meio de artigos, discursos oficiais, etc. Na verdade, pode-se dizer que ambos coincidem em conteúdo e propostas.

hospitalar; segundo, ele considera o Ministério da Saúde demasiadamente politizado e ideologizado, fatores esses que prejudicam amplamente o processo administrativo daquele órgão⁷¹; e, terceiro, o fato do país ser composto por cerca de seis mil municípios, ocasionando o enfraquecimento da responsabilidade direta pelo atendimento da saúde, que deve ser de qualidade e universal.

Por isso, segundo essa visão, já que o SUS:

“...não dispõe, para isso, nem de recursos orçamentários suficientes⁷², nem de pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração (...) adequado para executar a tarefa, que possa garantir um mínimo de eficiência e efetividade para o sistema” (Idem, p. 253-254),

deve-se implementar os preceitos de uma reforma gerencial nos mesmos moldes que já vem ocorrendo em outras áreas da administração pública.

Sob o argumento de que o SUS vive uma crise de seu modelo de administração, como todo o aparato estatal brasileiro, propõe-se *reformar* a sua gestão e seus processos. Essa reforma, no caso da saúde pública, deve ser norteada por quatro idéias fundamentais⁷³: a) descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, de acordo com o índice populacional e o número de leitos; b) criar um quase-mercado entre os hospitais e os ambulatorios especializados, “que possam competir pelos recursos administrativos localmente” (Bresser Pereira, 1998, p. 252); c) transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais; e, por fim, d) estabelecer um sistema de entrada e triagem realizado por médicos clínicos ou médicos de família, “que podem ser funcionários do Estado ou podem ser contratados pelo Estado e pagos de acordo com o número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas (como é o caso dos *general practioners* na Grã-Bretanha)” (Idem, p. 252, grifo nosso).

Apoiando-se na experiência britânica, a reforma gerencial na saúde pública brasileira, deve se concentrar “...na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com

⁷¹ O que Bresser Pereira considera impasse, para nós, é expressão de resistência à precarização e desregulamentação do trabalho no SUS, de uma luta em defesa da saúde pública, conforme apontam os preceitos já garantidos constitucionalmente na Lei nº 8.080/ 90.

⁷² A respeito deste tema, é importante ressaltar que Bresser Pereira parece ignorar, é que o histórico dos gastos com saúde e saneamento, no Brasil, não é significativo em montante. Considerando as despesas orçamentárias da União, em 1991, representava 6,15%, enquanto que, em 1996, disponibilizara apenas 4,50%. Assim, “a despesa per capita do Estado brasileiro com saúde representa pouco mais de metade da média dos países latino-americanos: US\$68 contra US\$108”. (Conforme dados do Dieese citados por Boito Jr., 1999, p. 102-103).

⁷³ Conforme proposta de Bresser Pereira (1998), a reforma gerencial do SUS deve se inspirar no modelo inglês de administração do National Health Service (NHS), visto por este autor como um modelo basilar a ser seguido tendo em vista a oferta, na realidade inglesa, de um serviço mais eficiente e efetivo.

o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados” (Bresser Pereira, 1998, p. 259). De modo mais específico, o SUS deve se reorganizar nesse sentido porque:

“Primeiro, pressupõe que a descentralização permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Segundo, que a descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço torna-se duplamente efetiva. Terceiro, que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável. Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais evitará uma grande quantidade de internações hospitalares inúteis. Quinto, que, a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos hospitais passará a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada no município, no qual, de resto, há muito mais fiscalização e participação comunitária” (Idem, p. 259-260).

Um das primeiras medidas adotadas pelo Estado, quanto ao encaminhamento da “reforma gerencial” no SUS, foi a aprovação da NOB-96⁷⁴, que efetiva a municipalização da saúde pública, ao fortalecer o sistema de atendimento básico local⁷⁵ e, conforme a demanda, controla e paga os serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios nos municípios. Esse processo, na visão gerencialista, “...abriu uma perspectiva concreta de implantar no país um sistema administrativo baseado na descentralização⁷⁶ para os municípios e na competição administrada” (Bresser Pereira, 1998, p. 254), assim como tem corroborado para que as “... autoridades de saúde locais e seus respectivos conselhos municipais de saúde [pudessem] assumir a responsabilidade da saúde de seus municípios” (p. 256).

Pode-se dizer, então, que apesar de iniciar no âmbito da União a proposta de “reforma” para a saúde pública, o ente federal fomenta e orienta a adesão às deliberações contidas nesse parecer – o da necessidade de uma “reforma gerencial” – junto aos estados e municípios. Nesse sentido, prerrogativas como a descentralização do SUS ou mesmo as diretrizes a serem adotadas na política de pessoal, devem ser multiplicadas e adotadas em todas as esferas que compõem o SUS.

⁷⁴ Conforme BRASIL. NOB-96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-1996. Brasília: Min. da Saúde, Portaria do Ministro da Saúde publicada no Diário Oficial da União, de 06.11.1996.

⁷⁵ Cria-se nesse contexto o PAB (Piso Assistencial Básico), em 1997, que determina o repasse para o município de R\$ 10,00 (dez reais) por habitante.

⁷⁶ Este tema revela-se de grande importância para o entendimento da dinâmica de organização do SUS, seja no âmbito federal, seja nas demais esferas (estados e municípios). No momento, porém, ele não será tratado, e sim no terceiro capítulo ele será abordado quando tratarmos do funcionamento do SUS no estado do Amazonas, em particular no tocante a seu papel de coordenador e organizador da gestão do trabalho em saúde no âmbito local.

No que se refere à organização e gestão da força de trabalho no SUS, a proposta do novo modelo gerencial é a de que o SUS busque uma *“forma mais flexível e descentralizada de administrar recursos humanos”*, bem como se oriente no sentido de definir um

“novo perfil para o servidor público, cuja ação deverá se concentrar na administração dos órgãos específicos do núcleo estratégico do Estado (particularmente as secretarias formuladoras de políticas públicas), e na gestão das agências reguladoras e executivas” (Bresser Pereira, 1998, p. 267-68).

Observam-se, nesse novo contexto, algumas tendências de modalidades de trabalho na saúde pública, tais como:

“a) ampliar e enriquecer a definição das funções, b) aumento do trabalho temporário, c) pagamento por desempenho, d) aumento da participação dos empregados e diminuição da supervisão, e e) aumento das formas de cooperação entre a gerência e os empregados” (Bresser Pereira, 1998, p. 267).

É tarefa prioritária da “reforma gerencial na saúde”, portanto, modificar profundamente as relações de trabalho. Nesse aspecto, a reforma gerencial do SUS exige um esforço em *adequar* o seu quadro de força de trabalho a esse *novo* Estado. Assim, o foco central da nova política de recursos humanos⁷⁷ estabelece prioridade quanto ao *“recrutamento, capacitação e adequação da remuneração dos servidores de nível superior que realizam atividades exclusivas de Estado, assim, parte das ‘carreiras de Estado’”* (Bresser Pereira, 1998, p. 268).

Em outras palavras, as carreiras que não são consideradas como típicas de Estado⁷⁸ correm o risco de serem extintas. Caso não sejam, elas devem, necessariamente, segundo exigências da reforma gerencial, ser reorganizadas, em particular quanto às formas de contratação e benefícios sociais. Como, em geral, essas atividades (as não típicas de Estado) desempenham serviços auxiliares ou de apoio, atribuí-se a elas um *aval* para serem terceirizadas. Em se tratando da execução de serviços sociais e científicos, é possível que sejam realizadas por meio de publicização, *“ou seja, transferida para organizações públicas não-estatais”* (Idem, p. 268).

⁷⁷ Essa política, segundo Bresser Pereira, baseia-se na experiência realizada no MARE, durante a sua gestão, mas que pode ser incorporada pelas demais esferas – a municipal e a estadual – quando tratarem do tema da reforma em seus contextos locais.

⁷⁸ Segundo o Plano Diretor (de 1995), as chamadas carreiras típicas de Estado são as que desenvolvem atividades pertinentes à: *“formulação, controle e avaliação de políticas públicas, com a fiscalização da execução das leis, a regulação e controle de mercados, com a polícia, a defesa, a procuradoria ou advocacia pública, a assessoria direta aos parlamentares, a direção dos órgãos do Poder Judiciário”* (apud Bresser Pereira, 1998, p. 268).

A organização de serviços e procedimentos no âmbito do SUS, ofertados por meio de contratos com Organizações Sociais (OS)⁷⁹ (como fundações, ONGs, associações, etc.), ratifica uma forte tendência neste sistema, na atualidade, que é o de ampliar a participação dos serviços e procedimentos de caráter privado na assistência à saúde. Estas entidades devem substituir os antigos aparatos governamentais na área da saúde. Atribui-se às O. Ss., neste caso, a tarefa de executar, mas não o de formular as políticas, já que para esse fim mantém-se um núcleo estratégico do Estado. Uma das *vantagens* das O. Ss., conforme a visão gerencialista, refere-se à contratação de pessoal nas condições de mercado.

A gestão do trabalho mediante estas organizações sociais não garante a manutenção de contratações com base no regime estatutário. Para esses casos, recomenda-se a adoção do regime celetista, regulamentado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), mesmo quando o processo seletivo pressupõe a realização de concurso público.

Segundo o Plano Diretor, as políticas de saúde são consideradas tanto como “não-exclusivas do Estado” como pode ser vista enquanto “exclusiva do Estado”. No primeiro caso, os serviços considerados “periféricos” na saúde (como segurança, vigilância, serviços gerais, etc.) devem necessariamente ser executados por empresas privadas, ou seja, esses serviços devem ser terceirizados. No segundo caso, os serviços assistenciais (enfermagem, médico, laboratorial, entre outros) podem ser executados diretamente pelo Estado como também pelo setor público não-estatal, o terceiro setor. De acordo com Carvalho (2002), ao assumir a execução dos serviços, esse setor não pode assumir o exercício do poder de Estado, e este, ao mesmo tempo, não deve se desobrigar de financiar as políticas de saúde. Ao contrário, continuam sendo subsidiadas pela esfera estatal por meio do processo de “publicização”, como propõe o Plano Diretor.

O uso irrestrito dessas O. S. indica claramente a crescente terceirização dos serviços no SUS. Não obstante, a terceirização na saúde pública não ocorre somente por meio destas organizações, mas também através de empresas privadas (laboratórios, clínicas, hospitais, etc.) e de outras entidades, como as filantrópicas, as fundações e as cooperativas. Porém, o uso deste tipo de trabalho, como o terceirizado, vem se introduzindo também nos chamados órgãos típicos da administração pública, como em hospitais, unidades básicas de saúde, unidades de urgência/ emergência, entre outros, seja oferecendo serviços denominados “essenciais do Estado”, seja ofertando os “não-exclusivos do Estado”.

⁷⁹ Para maiores detalhes sobre estas entidades, consultar BRASIL. **Lei n. 9.637, de 15 maio de 1998**. Dispõe sobre a atuação de entidades privadas para operar os serviços públicos de saúde.

O que se vê, de fato, é a superação dos próprios preceitos da “reforma gerencial” no tocante à desregulamentação do trabalho no setor da saúde pública. Na prática, em muitas situações ou realidades locais, a *flexibilização* do trabalho tem se antecipado às orientações e normatizações de um projeto mais sistemático da “reforma gerencial” na saúde. O SUS, em síntese, tem adotado diferenciadas formas de contratação de pessoal, transcendendo até mesmo o conteúdo conservador e anti-classista proposto pela “reforma”, em particular quando trata da política de recursos humanos.

Sinteticamente, a política de recursos humanos do SUS requer a constituição de um quadro de pessoal preparado para lidar com as *novas* funções trazidas pela reconfiguração do aparato administrativo estatal. Para isso, quatro elementos são fundamentais na visão desta política de cunho gerencialista: a política de concursos, a revisão da política remuneratória das carreiras de Estado, a reorganização das carreiras e a política de capacitação (Bresser Pereira, 1998, p. 269).

Sobre o primeiro ponto, vale ressaltar que a realização de concursos deve priorizar as atividades exclusivas de Estado. Porém, em casos excepcionais e urgentes, é possível a realização de concursos para as áreas consideradas não-exclusivas. Neste caso, recomenda-se que sejam vagas para empregados públicos, mas regidos pelas normas da CLT. Entretanto, de acordo com a concepção da reforma gerencial, essas funções podem e devem ser executadas por trabalhadores terceirizados ou contratados pelas Organizações Sociais. Esse recurso, na verdade, deve ser ampliado na esfera pública com vistas a torná-la mais *eficaz e eficiente*.

Quanto à política de remuneração para o funcionalismo público, os ideólogos da “reforma do Estado” julgam que o nível geral dos salários do funcionalismo (em particular, o federal) seja bastante alto. Daí que a “reforma” defende uma política de salários em substituição à política de indexação dos salários. Essa nova política de salários visa

“diminuir a diferença salarial existente entre os servidores do setor público e os seus equivalentes do setor privado; aperfeiçoar os instrumentos que associam a remuneração ao desempenho do servidor; e manter sob controle o impacto dos gastos com pessoal no orçamento” (Bresser Pereira, 1998, p. 271-72, grifo nosso).

O que é enfatizado, nesta política, é o incremento das carreiras típicas de Estado, como a criação de gratificações de desempenho. Em contrapartida, para as que são consideradas como não-exclusivas de Estado, na *“medida em que seja viável do ponto de vista fiscal, esse processo [a política de remuneração] poderá ter continuidade em outros órgãos, desde que tenham sido reestruturados”* (Bresser Pereira, 1998, p. 276). Atesta-se, de modo claro, que a política de remuneração do funcionalismo público, conforme preconiza esta

“reforma”, não se constitui de forma ampla e sem iniquidades entre os variados “tipos” de funcionário público.

No que se refere à reorganização das carreiras, em especial as de caráter permanente, vislumbra-se uma organização mais *horizontalizada*, de modo que o trabalhador tenha “atribuições mais amplas e genéricas”⁸⁰, não sendo exclusivas de órgãos específicos, com salários e condições de acesso e promoção uniformes” (Bresser Pereira, 1998, p. 273). Esse processo vai ao encontro de uma outra necessidade, perseguida pelo “reforma do Estado”, que é a de atenuar o número de carreiras civis.

Um dos desafios postos à reorganização das carreiras, nos moldes preconizado pelos governos recentes, é o de conciliar o caráter permanente das carreiras com o caráter mutável. Conforme o Plano Diretor e os discursos oficiais, ambos podem (e devem) conviver. Nas palavras de Bresser Pereira (1998),

“A conciliação do caráter permanente das carreiras com as crescentes mudanças no ambiente no qual o Estado exerce suas atividades foi processada de duas formas: pela definição de regras genéricas, embora flexíveis, para as carreiras e pelo aumento da capacidade de seus integrantes para adaptar-se a novas situações” (p. 274, grifo nosso).

Em outras palavras, para esta concepção de Estado, é factível a coexistência na política de pessoal do SUS de duas formas distintas de carreira: uma, pautada num sistema de regras sistemático e genérico (regido pelo regime estatutário) e, outra, que se oriente pela *flexibilização* da gestão de pessoal.

Sob a lógica da necessidade em *flexibilizar* as relações de trabalho, é possível identificar no âmbito do SUS a coexistência de algumas modalidades de contratação, como a assalariada (concurada e efetiva); os contratos por tempo determinado (também, assalariadas, mas que, em geral, não gozam de garantias e benefícios, como a estabilidade, triênios e a progressão funcional); a hora-plantão (ocorre quando funcionários estatutários fazem hora-extra em sua instituição de trabalho ou em outra de uma mesma esfera); médicos autônomos e credenciados; prestação de serviços eventuais; trabalho terceirizado⁸¹, entre outras.

Cabe, agora, ao Estado, enquanto empregador, a tarefa de facilitar a convivência dessas modalidades de operacionalização dos serviços de saúde, além, é claro, de subsidiar a gestão e os processos desenvolvidos pelo SUS. Essa premissa evidencia a face privatista desse

⁸⁰ O ideal, segundo Bresser Pereira (1998), é que o Brasil incorpore o modelo britânico – o *civil service*, onde se convive com uma flexibilidade do trabalhador de mudar de uma função para outra, conforme a necessidade do Estado.

⁸¹ Em se tratando do SUS, este tipo de trabalho pode ser visualizado não só em setores considerados como “não-exclusivos do Estado”, mas também entre os considerados exclusivos, como na assistência à saúde (feita pelas áreas de enfermagem e médica), seja de alta complexidade, seja de baixa complexidade.

sistema, em especial no que diz respeito à organização e gestão do trabalho em saúde, tão propagada pelos setores representantes da saúde privada. Mas, agora, legitimada pelo Estado.

No tocante à capacitação (ou melhor, o processo de formação e educação) do funcionalismo público, a “reforma” reforça a idéia de que o Estado deve oferecer condições de empregabilidade⁸². Desse modo, considerando as mudanças no âmbito de trabalho e do emprego e o surgimento de novas exigências e competências, o processo de qualificação da força de trabalho no setor público deve se centrar na “reciclagem e qualificação dos servidores públicos”. Um dos mecanismos que servem para acompanhar e avaliar o processo de capacitação desses trabalhadores é o estabelecimento da avaliação de desempenho que deve estar associada a quesitos como a remuneração.

Diante das diretrizes postas por esta “reforma”, evidencia-se que é fundamental, para a consecução da reforma gerencial no SUS, que se implemente uma política de recursos humanos tal qual vêm sendo desenvolvida nos demais setores da administração pública brasileira. Para garantir o seu *sucesso*, é imperativa a constituição de uma política de recursos humanos que seja “ágil, eficiente e eficaz”, desde que não entre em desalinhamento com os princípios do chamado ajuste fiscal. Dito isto,

“a política atualmente implementada, ao tratar de questões como a captação de novos servidores, o desenvolvimento ou capacitação do pessoal, a implantação de um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho por meio de incentivos, e a instituição de carreiras compatíveis com a necessária reconstrução do aparelho do Estado, contribuirá para o fortalecimento do Estado enquanto pessoal, resultado necessário para que a reforma atualmente em curso se consolide” (Bresser Pereira, 1998, p. 278-79).

Daí que a liberação da terceirização no setor público é um tema central na proposta de “reforma gerencial” na saúde. A respeito desta modalidade na contratação de serviços ou procedimentos de saúde, é ressaltado que esta modalidade deve desempenhar atividades de apoio (ou seja, não-exclusivas do aparato estatal), *“de forma que estas sejam realizadas de forma competitiva por empresas privadas”* (Idem, p. 300). Melhor dizendo, *“aquilo que representar atividade com similaridade no setor privado deve ser objeto de execução indireta, mediante contratação de prestadores de serviço nas condições que permitam a maior economia de custos”* (Bresser Pereira, 1998, p. 300).

⁸² A discussão sobre este tema, apresenta-se ainda de modo bastante amplo e complexo. Porém, vale a pena destacar o comentário crítico de Alves (2007, p. 5) sobre esse conceito: *“Ele traduz [o conceito de empregabilidade] as exigências de qualificações, mas incorpora em si, como contrabando ideológico, a promessa obliterada da possibilidade concreta de inclusão social no sistema orgânico do capital. O discurso da empregabilidade oculta a natureza íntima do desenvolvimento tardio do capital, ou seja, a lógica da produção destrutiva e da exclusão social”*.

Nesse sentido, a adesão da terceirização na administração pública, exceto nas atividades próprias ou exclusivas do Estado, de acordo com os preceitos da “reforma”, deve ser acatada para os casos de “*atividades de natureza acessória, instrumental ou complementar em relação à área de competência do órgão ou entidade*” (Idem, p. 300). Porém, não é o que se constata aos verificarmos com detalhe o funcionamento do SUS em estados e municípios.

Como vantagem, os defensores da reforma gerencial no SUS afirmam que a terceirização, baseada na nova regulamentação da gestão de recursos humanos, corrige *distorções* tanto na admissão de trabalhadores, nos casos de impossibilidade de remanejamento de recursos humanos de concursos públicos⁸³, quanto na garantia de economia nos contratos, “*evitando a manipulação dos custos e a imposição, à administração pública, de valores incompatíveis com a realidade do mercado*” (Bresser Pereira, 1998, p. 301).

Partindo de uma análise crítica a esse “malabarismo” no SUS, ao utilizar a modalidade de serviços terceirizados, Pires (1998) prevê alguns efeitos quando adotados por instituições públicas: a) tendência à horizontalização das relações de trabalho; b) enxugamento da “empresa” e c) ajuste de foco de atuação, baseado na distinção entre aquilo que deve ser exclusivo da esfera estatal e o que deve ser considerado “não-exclusivo” do Estado.

Não obstante, apesar de considerar que a pressão por redução de custos ser menos premente no serviço público, em comparação à iniciativa privada, Pires (1998) diz que a terceirização “*(...) tem surgido, freqüentemente, nas discussões sobre os rumos da organização dos serviços e sobre saídas para a crise financeira do setor*” (p. 117). Para essa autora, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), no Brasil, em especial os hospitais, tem oscilado entre o processo de terceirização (horizontalizando as relações de trabalho) e a organização do trabalho nos moldes fordistas, isto é, verticalizando o processo de gestão do trabalho.

Amplia-se, portanto, a pressão sobre os hospitais públicos para racionalizar as relações de trabalho e, por conseguinte, os serviços oferecidos.

“As esferas administrativas do Estado pressionam para que, com o menor investimento possível, os serviços produzam um bom resultado. No entanto, as decisões em relação à redução dos gastos, bem como a estratégia escolhida (fechamento de contratações da força de trabalho; congelamento de salários; introdução de máquinas para aumentar a produtividade do

⁸³ Conforme entrevista concedida pelo atual ministro da saúde, do Brasil, José Gomes Temporão, ao ser questionado sobre a introdução das fundações no funcionamento do SUS, ele diz entusiasmado: “*O modelo de gestão da fundação inova porque introduz uma série de princípios que hoje estão fora da administração direta, como a profissionalização da gestão, a contratualização e os contratos de trabalho pela CLT*” (Disponível em: www.folhaonline.com.br. Acesso em: 27/08/2007).

trabalho, como a informatização ou a utilização de diversos equipamentos; diminuir a oferta ou fechar serviços; terceirizar com redução da força de trabalho, etc), resultam do jogo político que é complexo e multideterminado” (Pires, 1998, p. 118).

Uma das justificativas que o discurso “pró-reforma” quanto à introdução de serviços terceirizados na área da saúde pública, é a de que, frente à realidade de poucos recursos para o SUS, o uso desse tipo de serviço reduz custos. Não se questiona em momento algum o histórico de recursos destinados a esta política no contexto do “ajuste fiscal”. Assim como não é avaliado, de modo sistemático, se com a adoção do trabalho terceirizado há melhorias das condições salariais e de trabalho do servidor público ou mesmo um real avanço da qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos⁸⁴.

Nesse sentido, a tendência que se configura na administração pública e, particularmente, na área da saúde, ao terceirizar serviços e processos de trabalho, pode ser visto como mais uma “*tentativa de burlar conquistas trabalhistas das categorias mais organizadas e enfraquecer movimentos reivindicatórios dos trabalhadores*” (Pires, 1998, p. 120). Assim como, a política relativa à saúde e aos trabalhadores desse setor, no âmbito público, pelo menos, nos últimos dez anos, tem sido marcada pelo descaso da esfera estatal. “*Não têm sido feitos investimentos significativos em infra-estrutura nem em qualificação da força de trabalho e nem em condições de trabalho*” (Pires, 1998, p. 144).

Ainda, sobre os impactos do processo de desregulamentação e precarização do trabalho formal no setor público, Soares (2003, p. 29) comenta:

“Os funcionários públicos também foram afetados pela ‘flexibilização’ que suprimiu a estabilidade e a carreira nos serviços públicos, ampliando de forma assustadora os mecanismos de ‘terceirização’ na contratação de pessoal e através da compra de serviços privados. Isso gerou a quebra do vínculo daquele que executa o serviço público com o Estado e, sobretudo, com a população beneficiária”.

Pedro Brito (1998, p. 8), analisando um cenário mais amplo, em seu artigo chamado “*El mundo Del trapajo em el ámbito de la salud*”, comenta a respeito da tendência que tem afetado os países latino-americanos em adotarem políticas econômicas de cunho neoliberal, de estabelecerem um Estado mínimo e implementarem ajuste fiscal dos gastos sociais. Diante disso, houve uma forte negligência com a saúde pública e com os recursos humanos deste setor.

⁸⁴ Segundo o estudo realizado por Pires (1998, p. 120-21), em dois hospitais (sendo um público e outro privado), a adesão à terceirização não representa, necessariamente, o aumento da qualidade dos serviços, como sugere os que defendem a necessidade de reestruturação a partir do “ajuste de foco”.

Na verdade, os efeitos da “reforma gerencial” sobre as relações de trabalho na área da saúde são complexos e intensos. Na medida em que avança a desregulamentação do trabalho, aprofunda-se o processo de precarização do trabalho. Nesse caso, uma parte significativa dos trabalhadores convive, cada vez mais, com “(...) *contratos temporários ou contratos para realização de atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição*” (Pires, 1998, p. 240). Garantias e benefícios que, de acordo com a política de recursos humanos predominante, não abrange, em igual situação, o conjunto dos funcionários públicos, mesmo entre os efetivos. O que prevalece é a iniquidade de direitos e benefícios entre trabalhadores da esfera estatal. O que se desenha, mesmo para esse grupo do funcionalismo público⁸⁵, é a constituição de “*espaços de precarização do emprego e de flexibilização das relações de trabalho*” (Borges, 2003, p. 255). Assim, de modo específico, os que estão em situação precária de trabalho podem ser identificados como

“os ‘novos’ trabalhadores do setor público [que] já não possuem nenhum tipo de compromisso com a qualidade e os resultados das suas ações. Como eles próprios se sentem ‘desprotegidos’ não são capazes de brindar com uma proteção aqueles que dependem das suas ações, muitas vezes cruciais para a própria sobrevivência, com é o caso na área da saúde” (Soares, 2003, p. 29).

Numa dimensão mais ampla, “essa aparente diluição do Estado é a forma real de concentração de poder acoplada à parcerização com o privado, identificado ao público. O antigo conceito de público – e suas práticas – são transformadas em corporativismo, inimigo da sociedade” (Dias, 2006, p. 194).

Pode-se concluir, então, que apesar do processo de reestruturação produtiva e a concepção de “reforma do Estado” emergirem inicialmente nos países centrais, ambos os processos também atingem os países periféricos, às vezes, até com maior intensidade. Isso ocorre tanto na esfera privada quanto no setor público, onde os trabalhadores dessas duas esferas é que, por múltiplas razões, vêm pagando um preço alto por conta das políticas de ajuste,

“(...) as reformas trabalhistas assumem um caráter prioritário, suprimindo da legislação do trabalho direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores nos diferentes países. O vínculo e a estabilidade no trabalho são substituídos por ‘flexibilização’ e ‘desregulamentação’, (...)” (Soares, 2003, p. 26).

⁸⁵ Pode-se sugerir que a atual situação desses trabalhadores indica, segundo análise de R. Castel, o empobrecimento da sociedade assalariada, ou seja, dos supostamente inseridos na esfera do trabalho formal. Hoje, o trabalho não garante mais o *status* de proteção social para o trabalhador como em outros tempos. CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

Mesmo que consideremos os esforços pontuais por parte do Ministério da Saúde, iniciado no ano de 2004, com a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS⁸⁶, o DesprecarizaSUS. Este programa emerge num quadro de aprofundamento das contradições do sistema público de saúde, como a intensificação da precarização do trabalho. Alguns dos efeitos provocados por este atual quadro pode ser visto através da multiplicação da presença do trabalho mediado por cooperativas, não só nos níveis de alta complexidade, mas inclusive na atenção básica, e da permanência do uso de força de trabalho por meio de contratos temporários, seja via processo seletivo, seja por nomeação direta do Executivo.

A realização de concursos públicos tem sido bastante residual, mesmo que se admita um certo aumento desde o ano de 2004, ao menos no âmbito federal⁸⁷, de modo que o número de trabalhadores que ingressam no setor público, por meio de concurso, não tem conseguido repor o quantitativo necessário de acordo com as aposentadorias e exonerações (Nogueira, 2005). Contraditoriamente, o que tem ocorrido é um relativo aumento da ocupação de cargos por meio de nomeações, os chamados cargos de confiança. Esses reflexos, inerentes ao novo (e precário) mundo do trabalho (Alves, 2000), revelam os caminhos adotados pela administração pública brasileira no trato das relações de trabalho do funcionalismo público.

Quanto às primeiras iniciativas *inovadoras* na gestão dos serviços públicos de saúde, as fundações públicas não-estatais⁸⁸ configuram-se como modalidade defendida amplamente por governos (das três esferas), por parte significativa da imprensa nacional e de intelectuais e acadêmicos.

Sinteticamente, pôde-se visualizar duas perspectivas basilares⁸⁹ sobre o Estado e o modelo de gestão e organização do trabalho predominante nesta esfera de poder. No plano da

⁸⁶ Conhecido popularmente como DesprecarizaSUS, esse esforço é uma estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é combater a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde. Para formulação desta política nacional foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS” (p. 17). In: BRASIL. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas...**Min. da Saúde, Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006

⁸⁷ Nota-se que desde o ano de 2006, o número de concursos públicos tem aumentado em comparação ao período dos anos de 1990. Mas, o que se deve questionar é se este novo ciclo está relacionado com uma real intenção do Estado em reaparelhar o seu aparato burocrático e administrativo ou é um mero rompante político que, no mais, vai apenas repor parte do desfalque sofrido na última década, do século XX.

⁸⁸ Mesmo com as recorrentes posições contrárias do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à introdução dessas entidades na gestão de hospitais do SUS, o atual governo parece ignorar esta instância máxima de discussão e deliberação sobre questões pertinentes ao SUS, como tem ocorrido no caso das fundações estatais em hospitais públicos do SUS.

⁸⁹ Não se quer, de modo algum, excluir as demais análises existentes acerca do tema. Mas, aqui, limitamo-nos a mencionar sinteticamente as duas visões que mais polarizam e divergem, seja em suas explicações sobre as reais

saúde pública, essas concepções influenciam e determinam as diretrizes da política de pessoal no SUS. De um lado, a visão gerencialista preconiza que, caso o Estado brasileiro, particularmente o Ministério da Saúde, reconheça a importância desta reforma e a implemente, promoverá a aproximação do governo federal com “...as mais modernas técnicas de gestão, valorizando a competição e a busca por resultados, com o foco central no cidadão” (Bresser Pereira, 1998, p. 266).

De outro lado, há um discurso de crítica à proposta da “reforma do Estado” e aponta que, na verdade, o que ela (a reforma estatal)

“intenta com esses esforços é ‘despolitizar’ o Estado, atribuindo a suas formas de intervenção e a suas decisões significados estritamente técnicos e, portanto, independentes dos interesses políticos em luta no processo de apropriação e uso do excedente econômico nacional. Dito de outra maneira, procura-se apresentar os interesses de uma classe como interesses de toda a sociedade” (Carvalho, 2002, p. 107).

Capítulo III – Reforma do Estado, Reestruturação produtiva e os impactos na materialidade do trabalho no SUS

3.1 Reforma administrativa e a desregulamentação do trabalho: o caso da SUSAM⁹⁰

As transformações decorrentes do processo de “reforma do Estado”, no Brasil, desde a década de 1990, têm contribuído para redefinir o aparato administrativo-burocrático do país, nas diferentes esferas de governo. No estado do Amazonas, mais ou menos no mesmo período desse processo ter iniciado no âmbito federal, já apresenta sinais de adesão a uma orientação condizente com as orientações preconizadas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), já discutido anteriormente. Enquanto empregador, o governo do estado do Amazonas inicia um progressivo processo de desregulamentação do trabalho junto ao seu quadro de funcionários públicos. Assim, esta iniciativa, no nível regional, reproduz, sempre que possível, o conteúdo de leis e normas elaboradas e aprovadas na esfera federal. Até meados dos anos 2000, estas medidas são pontuais, mas já demonstram, mesmo que de modo incipiente, o esforço desta esfera de poder (o governo do Amazonas) em adotar os princípios e diretrizes da “reforma gerencial⁹¹”.

Nesse sentido, dois momentos da “reforma do Estado”, na SUSAM, parecem fundamentais para a compreensão sobre a introdução de certos parâmetros da “reforma do Estado” na administração pública estadual, em particular na área da saúde pública. O primeiro, deve-se à aprovação de uma emenda constitucional⁹² que modifica o artigo que trata dos casos de contratação por tempo determinado. *Flexibiliza-se*, assim, a obrigatoriedade de contratação mediante a realização de concurso público. Esta medida política instaura a legitimidade de contratações temporárias, sendo que estas não deverão ter a duração superior a seis meses, mas podendo ser prorrogada por igual período, desde que seja para “*atender a necessidade temporária de excepcional interesse público*”.

⁹⁰ A Secretaria de Estado de Saúde foi criada pela Lei nº. 12, de 09/05/1953, com o nome de Secretaria de Educação, Cultura e Saúde. Desde a sua criação, este órgão do governo estadual, do Amazonas, sofreu diversas reestruturações, não somente quanto ao nome, mas também referente a objetivos, funções, competências, etc.

⁹¹ Ao constatarmos esta tendência no governo do estado do Amazonas, não se quer dizer que antes deste período os trabalhadores do setor saúde, da SUSAM, gozassem de vínculos de trabalho predominantemente estáveis ou livres de quaisquer situações de trabalho precarizado.

⁹² Conf. AMAZONAS. EC nº 24, de 13 dezembro de 1996. Lex: Diário Oficial nº 28.587, de 19 dezembro de 1996.

O outro, diz respeito ao alargamento das prerrogativas para os casos de contratação de pessoal por tempo determinado por meio, agora, de lei⁹³. O que se destaca em relação à medida anteriormente citada (sobre a emenda constitucional) é quanto ao período dos contratos. Estes, a partir de uma lei de 2002, são *flexibilizados*. No caso da área da saúde, poderão ser de até 12 (doze) meses, ou em casos específicos poderá perdurar o período necessário para suprir a causa motivadora⁹⁴, bem como poderão necessariamente substituir a contratação por meio de concursos públicos pela realizada mediante processos seletivos simplificados.

O que se vê, portanto, é que as *inovações* na legislação do trabalho no setor público estadual apenas reproduzem, em nível local, o conteúdo de leis aprovadas no âmbito federal referentes à contratação de trabalhadores temporários no setor público, sob a égide do Plano Diretor. Em outros termos, o governo do estado do Amazonas, no contexto da “reforma do Estado”, em geral, transcreve o conteúdo de leis federais com o intuito de implementar, em sua esfera de poder administrativo, a desregulamentação do trabalho no funcionalismo público, inclusive junto aos trabalhadores da saúde.

A intensidade da incorporação dos preceitos da “reforma” pela SUSAM se expressa também através das modificações recentes que têm afetado o regimento interno desta secretaria. Assim, diferentemente das modificações anteriores⁹⁵, o ano de 2000 inaugura um rol de mudanças mais condizentes com o que propaga o Plano Diretor (na esfera federal). Uma delas referente à reestruturação organizacional é quanto a criação de gerências e subgerências. Esses novos artifícios administrativos, mais condizentes com a redefinição do aparato estatal, segundo esta nova orientação político-administrativa, devem auxiliar necessariamente as atividades desenvolvidas pela secretaria. A outra novidade dessa modificação em sua estrutura organizacional, diz respeito à criação de novos órgãos, cargos e

⁹³ Referimo-nos às leis estaduais nº 2.607, de 28/06/20002 e à lei nº 2.616, de 26/09/2000, (que altera alguns dispositivos da anteriormente citada). Essas leis, segundo o MPT, no Amazonas, são inconstitucionais. Por isso, este órgão jurídico ajuizou ação civil pública contra o governo do estado junto ao Supremo Tribunal Federal, em 2008.

⁹⁴ Conf. a Constituição do Estado do Amazonas, em seu art. 4º, em seu parágrafo único, há uma ressalva para as situações do inciso I, do art. 2º. Isto é: “Art. 2º. Isto é, quando se tratar de serviços referentes à “assistência a situações de emergência, calamidade pública, combate a surtos endêmicos e outras hipóteses de urgência que possam comprometer a continuidade de serviço público essencial”, é possível a perpetuação de contratação de caráter temporário.

⁹⁵ Para consultar melhor verificar: AMAZONAS. Decreto nº 16.561, de 30 maio de 1995 e AMAZONAS. Decreto nº 17.178, de 08 maio de 1996.

contratação de serviços, de acordo com o tipo de atividade a ser desenvolvida, como “atividade-meio”⁹⁶ ou “atividade-fim”⁹⁷.

Apesar do Plano Diretor (2005) orientar que há diferenças nas prerrogativas desses dois tipos de atividades, onde as “meio” podem ser desenvolvidas pelo setor privado (organizações sociais, empresas, etc.) e as de “finalidade” devem, necessariamente, ser executadas pelo Estado. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), essa regra vem sendo transgredida nas três esferas de governo. E, no caso da SUSAM, não é diferente, já que as atividades identificadas como de “finalidade”, como o atendimento médico e de enfermagem, são desempenhadas também por um conjunto de trabalhadores que vendem a sua força de trabalho por meio de cooperativas profissionais. Ou seja, atividades fundantes para a garantia da oferta de serviços públicos de saúde, na SUSAM, são negociadas no mercado e, portanto, sujeitas à lógica da compra e venda de mercadoria (como é a força de trabalho).

Sendo assim, a SUSAM não garante que as “atividades-fim” sejam desenvolvidas exclusivamente por trabalhadores de carreira (exclusiva de Estado). Ao contrário, a modalidade de contratação típica para as “atividades-meio” (“não-exclusivas do Estado”) generaliza-se e é também adotada como modalidade quase padrão na contratação de trabalhadores que desempenham funções típicas de Estado. Essa postura da administração pública estadual tem sido recorrente no setor saúde, seja quando da criação de um EAS⁹⁸ (Estabelecimento de Assistência à Saúde), seja na ocasião de reorganização do quadro de funcionário de uma dada unidade de saúde⁹⁹.

A partir de 1990, com o aumento do número de serviços oferecidos pela SUSAM e, conseqüentemente, a criação de novas unidades de saúde de diferentes níveis, exige-se a contratação de novos servidores. Estes, porém, são contratados predominantemente através do trabalho terceirizado (como o das cooperativas) ou o temporário.

⁹⁶ Em se tratando da SUSAM, as chamadas “atividades-meio” referem-se às atividades desenvolvidas pela Secretaria Executiva e ao Departamento de Administração e Finanças.

⁹⁷ As atividades consideradas de “finalidade” são realizadas pelas unidades de saúde, na capital e no interior, voltadas para as áreas de assistência e vigilância em saúde.

⁹⁸ Conf. AMAZONAS. Decreto nº 20.909, de 08 maio de 2000 e AMAZONAS. Decreto nº 21.672, de 05 fevereiro de 2001. Ambos referem-se à criação de unidades de saúde, que já iniciam a ofertas de serviços públicos com a presença de trabalhadores predominantemente contratados sob o regime temporário, ou seja, inauguram unidades de saúde do SUS contrariando um dos preceitos fundamentais deste sistema, que é de combater a precarização do trabalho. Não se obteve a quantidade precisa de trabalhadores ou mesmo as funções a serem desempenhadas por estes; não obstante, como não há registro de realização de concurso público no período.

⁹⁹ Conf. AMAZONAS. SUSAM. Portaria nº 1.123/2000. Esta portaria trata da reorganização do funcionamento dos sistemas de urgência e emergência do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, ao autorizar a contratação de cooperativas para desempenhar serviços antes desenvolvidos por trabalhadores de carreira ou, em certos casos, por temporários.

As medidas adotadas pela SUSAM, nos anos recentes, em relação à desregulamentação do trabalho, têm afetado intensamente a configuração do quadro da força de trabalho na área da saúde pública na esfera estadual. Nesse sentido, esse processo tem conseguido se viabilizar, em parte, devido à condução político-ideológica dos últimos movimentos grevistas (como os que ocorreram em 2006 e 2008). Os organismos de representatividade do trabalhador da saúde têm dado pouca importância às questões que transcendam a discussão salarial, como a defesa mais sistemática da necessidade da constituição de um quadro de funcionários permanente e especializado, conforme preconiza os princípios do SUS, a luta pela garantia de serviços e procedimentos nas unidades de saúde estaduais ou mesmo uma crítica em relação ao trabalho precarizado, seja o temporário, seja o cooperativado.

Essa *desatenção* por parte dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, o refluxo da atuação mais ofensiva dos seus organismos de representatividade tem contribuído, desde a década passada, com o alargamento dos interesses privados no sistema público de saúde, com a participação das organizações sociais, bem como com o aumento (em número e intensidade) do trabalho terceirizado, especialmente os oferecidos pelas cooperativas de enfermagem ou médica.

Nesse contexto, a nosso ver, no lugar de entidades sindicais ofensivas e classistas, ganha espaço o discurso (e o poder) jurídico, como o do Ministério Público do Trabalho e o do Supremo Tribunal Federal. O primeiro vem polarizando com o governo estadual sobre a questão das contratações atípicas na administração pública estadual, em particular na SUSAM. Esse conflito travado entre estes dois pólos de poder pode ser acompanhado pelos jornais locais, assim como através dos recursos travados por ambos, como através de ação civil (por parte do MPT) ou de ajuizamento de reclamação (por parte do governo estadual) junto ao Supremo Tribunal Federal.

Neste debate acerca da desregulamentação do trabalho na área da saúde pública, a postura defensiva dos organismos de representatividade dos trabalhadores, no Amazonas, frente ao governo estadual, tem permitido um maior destaque para a atuação do poder jurídico, como demonstra os recorrentes recursos impetrados pelo MPT contra a administração estadual, em particular contra a SUSAM. Nesse sentido, no Amazonas, as lutas entre o Estado (enquanto empregador) e o trabalhador da saúde estão marcadas pela

predominância de uma espécie de judicialização da política, no sentido atribuído por Boaventura de S. Santos¹⁰⁰ (2007).

Diante disto, não podemos corroborar com o *esvaziamento* do conteúdo político e ideológico deste conflito, apesar deste se mostrar, aparentemente, imparcial ou meramente técnico, como o fazem representantes tanto do judiciário como do executivo. Na visão do judiciário, ao ser questionado sobre a insistência de secretarias do estado, como a SUSAM, em manterem irregularidades em contratações de trabalhadores, o representante do MPT¹⁰¹, no limite do discurso jurídico, afirma:

“Acredito que seja em virtude de interpretação da Lei Estadual 2.607/ 00, que trata da questão de contratação temporária. Só que a meu ver, seu conteúdo é utilizado de forma abusiva, ainda mais porque ela apresenta falhas em seu conteúdo, pois dão margem a interpretações equivocadas”.

Representando o poder executivo, o atual (em 2008) secretário de saúde, por seu turno, adota o discurso na inexorabilidade dos serviços oferecidos mediante as cooperativas, como se essas entidades fossem cruciais para a manutenção do SUS e sem elas há um risco iminente do sistema entrar em desordem. É bastante comum, a SUSAM, através de seu representante oficial, assumir uma posição pública permissiva quanto à contratação de serviços mediante as cooperativas, como mostra a seguinte assertiva: *“Eu não posso, neste momento [em 2008], tirar as cooperativas dos hospitais, por que isso traria um caos”¹⁰².*

Sobre a questão do uso das cooperativas na área da saúde, até o Tribunal de Contas do Estado (TCE) já ensaiou posições críticas, como a que ocorreu em sua 27ª sessão ordinária, neste ano, onde cogitou-se recomendar à SUSAM que não promovesse mais contratos com cooperativas de profissionais de saúde, já que este tipo de força de trabalho fere à natureza da administração pública. Entretanto esta recomendação não foi oficializada, como defende e justifica o atual corregedor do TCE, o Sr. Érico Desterro:

“Em reunião (...) com o secretário de saúde [do Amazonas] recebemos a informação de que hoje o sistema de saúde do Amazonas é viabilizado pelas cooperativas. Sem poder celebrar os ajustes, segundo o secretário, haveria total paralisação do serviço no Estado. É preciso estudar profundamente a questão para propor soluções e corrigir os defeitos existentes” (Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 01 ago. 2008, Política Cad. p. A6).

¹⁰⁰ Para Santos (2007), convivemos, nos dias atuais, com a exacerbação das decisões de interesse coletivo (social, política, econômica, etc.) por meio de decisões jurídicas em detrimento de um maior acirramento das lutas políticas entre oposições, entre contrários

¹⁰¹ Entrevista concedida pelo Procurador do Trabalho Roberto P Ribeiro. Conforme, Jornal **Diário do Amazonas**, Manaus, 04 mai. 2008, Cad. Brasil. p.16

¹⁰² Jornal **A Crítica**, Manaus, em 25 mai. 2008, Cidades Cad. p. C2.

Por este motivo, a deliberação do TCE deu-se no sentido de julgar os contratos da SUSAM com as cooperativas médicas e de enfermagem como “legalidade excepcional”. Confirma-se, portanto, que um órgão como o TCE que deveria primar pelo cumprimento da legislação vigente ao avaliar as contas do Executivo, contraditoriamente, cria arranjos “legais” para legitimar as medidas tomadas pela esfera estatal.

O que se observa é que o debate¹⁰³, no plano local, em torno do tema da desregulamentação do trabalho na área da saúde, mantém-se numa linha institucionalizada, onde decisões tomadas pelo executivo (estadual) ou provocado pelo judiciário sobrepõem-se às deliberações extraídas de reivindicações dos organismos coletivos de representatividade dos trabalhadores em saúde. No limite, esses discursos apóiam-se basicamente no plano jurídico-institucional, como o faz o MPT, pois não refletem sobre questões de natureza político-social e ideológica, tendo em vista que não fazem referência, em momento algum, ao processo da “reforma do Estado” em curso no país ou mesmo às políticas neoliberais e os seus efeitos sobre a regulamentação do trabalho no setor público.

Nesse sentido, é um erro tentar escamotear as contradições inerentes às relações entre Estado, mercado e sociedade, como parecem tentar fazer os representantes legais, seja do executivo, seja do judiciário, no estado do Amazonas, quando tratam da desregulamentação do trabalho no setor saúde. Pelo contrário, como recomenda Sader (1999, p. 124), “*falar do Estado sem falar de poder, das relações de poder, é falsear as relações sociais constitutivas das nossas sociedades*”. Assim, no plano da gestão do trabalho, como na SUSAM, o governo estadual do Amazonas, tende a adotar uma posição política de cunho liberalizante e profundamente relacionada com os princípios da *flexibilização* do trabalho, como preconiza a “reforma gerencial”.

A SUSAM, nesse contexto, vem adotando progressivamente decisões político-administrativas, quanto à política de pessoal, que privilegiam situações como a de um a política rebaixada de aumento salarial para os de funcionários públicos (exceto, para algumas áreas “estratégicas”) e a defasagem do plano de cargos e carreiras vigente. Contraditoriamente, estas medidas ocorreram num contexto, digamos, favorável para o

¹⁰³ Como não é possível transcrever nesta pesquisa todas as falas identificadas pela pesquisa de campo dos representantes dos diversos poderes, queremos apenas ressaltar que os trechos transcritos acima sintetizam, a nosso ver, o conteúdo dos discursos oficiais e de seus respectivos representantes ao se pronunciarem publicamente sobre o tema. As fontes consultadas são as seguintes: jornais, boletins institucionais e os sites dos órgãos públicos, a partir de 2000.

orçamento da saúde. Por exemplo, em 2001, o Estado destinou R\$ 512,8 mi para a área da saúde e, em 2007, foram R\$ 1,2 bi.¹⁰⁴

Podemos atestar, então, que a “reforma administrativa” na área da saúde pública, iniciada no governo de FHC, tenciona reorientar a *nova* política de recursos humanos do SUS nas diferentes esferas. No caso do Amazonas, medidas semelhantes vêm sendo adotadas quanto à desregulamentação do trabalho no setor público da saúde. Nesse sentido, no Amazonas, o SUS também tem encontrado impasses para a sua consolidação.

Os exemplos de impasses (estruturais ou conjunturais) que se impõem à consolidação do “SUS constitucional” (Bahia, 2006) são inúmeros no contexto da redefinição das relações sociais que constituem a sociedade brasileira. Em se tratando das relações de trabalho no SUS, na SUSAM, uma medida recente ilustra bem esta realidade – a criação do Programa de Modernização da Gestão e de Planejamento do Estado do Amazonas, o PNAGE-AM¹⁰⁵.

Apesar de ter sido elaborado somente no ano de 2007, portanto, foge do recorte histórico escolhido por este estudo (que é de 2000 a 2005), a elaboração e aprovação (via decreto) do PNAGE-AM evidenciam a forte presença das diretrizes ditas *modernizadoras* inerentes à “reforma do Estado”, especialmente quanto aos esforços destinados à desregulamentação do trabalho em saúde, além de nos oferecer pistas importantes para o acompanhamento e análise das decisões políticas que o governo estadual, enquanto empregador, tem adotado no tocante às relações de trabalho em que se encontram os funcionários públicos, e em particular os trabalhadores da área da saúde.

A imitação em relação ao PNAGE, do âmbito federal, é tão gritante que pode ser observado desde o nome dado ao programa até os seus objetivos tendo em vistas a consolidação da chamada “reforma gerencial”, à *la* Bresser Pereira, no domínio político-institucional estadual. Como diz o discurso oficial, “(...)o programa estadual [o PNAGE-AM] vem sendo conduzido em consonância com as diretrizes definidas pela União, mas com o foco de suas ações lastrado em um diagnóstico da situação da administração pública do nosso estado”¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Conforme dados fornecido pelo TCE. In: Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 11 jul. 2008. Cidades Cad. p. 1. Assim, diferentemente, do que vem ocorrendo na esfera da União, onde os gastos com a saúde têm reduzido sistematicamente. Pois, em 1999, o MS investiu 18,35 bi (equivalente a 8,42% da receita corrente), enquanto que, em 2007, apesar do gasto alcançar o montante de 44,29 bi, este equivale apenas a 6,72% da receita corrente. Conf. dados do MS. In: Jornal A Crítica, Manaus, 03 jun. 2008, p. A8.

¹⁰⁵ O conteúdo deste programa reproduz, em seu conteúdo e forma, as recomendações do Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e Planejamento dos Estados e do Distrito Federal, o PNAGE, do governo federal.

¹⁰⁶ Conf. AMAZONAS. SEAD. Boletim Interno. Manaus: SEAD. v. 6, Nov. 2007.

Sem a pretensão de aprofundar a discussão sobre o PNAGE-AM neste estudo, consideramos oportuno apenas apresentar, sinteticamente, dois de seus projetos, conforme o Documento “Soluções implantadas ou em desenvolvimento”. O primeiro, denominado de “Modernização da Legislação de RH”, pretende criar uma agenda de ações que “implicarão mudanças no plano institucional-legal que afetarão o conjunto de normas de Recursos Humanos do Estado”¹⁰⁷. Este projeto ambiciona, assim, revisar, adequar e reformular a legislação referente a recursos humanos no âmbito do estado do Amazonas em relação ao que tem de “mais moderno” sobre o tema. De acordo com o discurso oficial, “*o programa estadual [o PNAGE-AM] vem sendo conduzido em consonância com as diretrizes pela União, mas com o foco de suas ações lastreado em um diagnóstico específico da situação da administração pública do nosso estado*”¹⁰⁸.

Se considerarmos que a proposta mais ampla, a que fundamenta o programa, é repetir na esfera estadual o que já vem sendo desenvolvido pelo governo federal, podemos vislumbrar que medidas em relação à organização e gestão do trabalho pode afetar o funcionalismo público estadual, em particular o da área da saúde, nos próximos anos.

A “política de recursos humanos” é o segundo projeto que pretendemos comentar. Ele busca elaborar uma política de pessoal baseada na “*sintonia com as demais políticas e com as tendências atuais em gestão de pessoas*”¹⁰⁹. Se a construção dessa nova política, deve necessariamente estar articulada com o que tem de mais contemporâneo sobre o tema, pode significar, então, que o que é considerado antigo, como os benefícios sociais ou a garantia da estabilidade não precisa ser mantido. Assim, o que não é atual e contemporâneo deve ser superado.

Outro ponto fundamental a respeito da relação entre a “reforma administrativa” no estado do Amazonas e a desregulamentação do trabalho em saúde na SUSAM, diz respeito ao processo de descentralização do SUS¹¹⁰. Essa é uma questão complexa e de difícil consenso no debate da saúde pública e não será aprofundada neste estudo. Entretanto, tentaremos sintetizar algumas dimensões do processo de descentralização que apresentam alguma relação com a questão do trabalho na saúde pública do país e, em particular, no âmbito da SUSAM.

Em seu sentido genérico, a descentralização prevê uma “*maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo*” (Bresser Pereira,

¹⁰⁷ Disponível em www.rhnet.sead.am.gov.br. Acesso em: 10 janeiro de 2007.

¹⁰⁸ *Idem*.

¹⁰⁹ *Idem*

¹¹⁰ Na verdade, podemos dizer que onde o “*processo de descentralização das políticas sociais mais avançou foi na saúde pública, inclusive porque a descentralização nesse setor precede o período neoliberal*” (Boito Jr., 1999, p. 107).

1998, p. 10). Em outras palavras, esse processo prevê o redimensionamento do financiamento, da responsabilidade de gestão e do pacto intergestores do sistema único de saúde.

No caso da região norte, é possível dizer que, além das contradições inerentes ao processo de descentralização do SUS, a experiência nesta região apresenta singularidades, como o fato de ter tido uma descentralização muito mais lenta se comparado à intensidade em que se deu no resto do país. Segundo estudo realizado por Freitas (2003, p. 83),

“O processo de habilitação dos municípios brasileiros desencadeado com a implantação da NOB-SUS 01/93 atestam esse fato. Essas habilitações caracterizam um processo que não ocorreu uniformemente em todos os Estados do Brasil, o que pode ser justificado pelas especificidades locais bem como ao momento político que marcou as etapas de habilitação desses Estados”.

É com a descentralização do SUS que estados e municípios elaboram os seus sistemas de gestão da saúde e assumem responsabilidades a partir do processo de habilitações. O estado do Amazonas é habilitado como Gestão Plena do Sistema Estadual; no entanto, há uma evidente centralização do seu centro macro-regional, que é Manaus¹¹¹. A descentralização reflete também no nível da participação de custeio dos recursos orçamentários para o SUS no nível estadual. Por exemplo, nos anos de 2003 e 2004, o governo federal disponibilizou 13,33% e 18,88%, respectivamente, no total de custos do financiamento da saúde pública, a esfera estadual custeou 84,82% e 80,22%, respectivamente. No ano de 2005 (após a Gestão Plena), o governo federal disponibilizou 20,53% e o governo do estado diminuiu para 79,30% sua participação no financiamento do SUS no Amazonas¹¹².

Porém, a transferência da capacidade gestora do SUS da esfera federal para as demais esferas, a partir dos anos de 1990, não vem garantindo, automaticamente, a capacidade gestora de municípios e estados. Ao contrário, pode-se dizer que se

“potencializou problemas crônicos e desencadeou soluções e arranjos, os mais diversos, para que o gestor municipal, face às demandas da política e as restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema” (Pierantoni et al, 2004, p. 32).

Em outras palavras, considerar a descentralização do SUS enquanto iniciativa *sine quo non* para a consecução plena do SUS significa, no mínimo, ignorar os reais impasses (estruturais e conjunturais) desde sistema público de saúde. Pelo contrário, o processo de descentralização estimula o desencadeamento de um movimento de transferência dos problemas históricos e

¹¹¹ Este centro macro-regional é composto por 09 (nove) regiões, 15 (quinze) microregiões, sendo 15 pólos e 62 módulos assistenciais, referente ao ano de 2005. Conf. SUSAM. Relatório de Gestão 2005, SUSAM, p. 10-13.

¹¹² Conf. SUSAM. Relatório de Gestão 2005.

estruturais do SUS para os estados e os municípios, uma vez que a descentralização não vem se dando de forma articulada com a efetivação dos princípios do SUS.

Mas, o que nos interessa sobre este processo é identificar em que aspectos a descentralização do SUS tem contribuído ou não para a intensificação da precarização do trabalho no âmbito da SUSAM. Num primeiro aspecto, o simples repasse para estados e municípios da responsabilidade na oferta de serviços e procedimentos de saúde, antes oferecidos predominantemente pela União, por si só já demanda a ampliação ou mesmo a criação de redes de serviços no nível regional e local. Esta redefinição do modelo de gestão implementada no sistema de saúde pelo estado do Amazonas exige, entre outras coisas, a reorganização de um aparato burocrático e técnico (em outras palavras, de servidores públicos) que atue desde os setores de administração e planejamento até às unidades de saúde nos diferentes níveis de atendimento.

E é isso que ocorre no domínio da SUSAM, ou seja, ao se habilitar e assumir novas responsabilidades na garantia dos serviços de saúde, esta secretaria inevitavelmente amplia o seu quadro de trabalhadores. Só para ilustrar, em 2000, a SUSAM contava com um total de 10.789 trabalhadores¹¹³ enquanto que, em 2005, já apresenta um conjunto de 17.656¹¹⁴. Nesse aspecto, podemos comprovar que o processo de descentralização do SUS, como vem ocorrendo no estado Amazonas desde a década de 1990, exige inevitavelmente a ampliação do número e a diversificação de cargos no quadro do funcionalismo público estadual. Mas, esse aumento ocorre associado à garantia e a ampliação do trabalho *atípico* na administração pública, como veremos a seguir no próximo item deste trabalho.

Desse modo, se no aspecto pertinente à descentralização, o estado do Amazonas apresenta um certo atraso em relação aos demais estados fora da região norte (Freitas, 2003), em outros aspectos, como o da desregulamentação e flexibilização do trabalho no SUS, mostra-se bastante avançado, com o uso expressivo de contratos temporários e de trabalho terceirizado, como o oferecido mediante a contratação de cooperativas médicas e de enfermagem. O que se observa nitidamente é que uma das exigências inerentes ao processo de descentralização – a necessidade de expansão e diversificação do quadro de servidores públicos – não garante que esse cenário se constitua à margem de uma tendência dos mundos do trabalho, na atualidade, onde convivem intensamente com situações de precarização e *flexibilização*.

¹¹³ Conf. SUSAM. Relatório de Atividades CORAF 2000, p. 9.

¹¹⁴ Conf. SUSAM. Relatório de Gestão 2005, p. 38-39.

A opção político-ideológica adotada pelo Estado brasileiro, em específico a esfera federal, em efetivar uma “reforma do Estado”, nos termos neoliberais, impulsionou a adoção desta reforma liberalizante nas demais esferas, tanto a estadual quanto a municipal. No caso do estado do Amazonas, não ocorre de modo diferente, onde é possível comprovarmos iniciativas nessa perspectiva desde, mais ou menos, o mesmo período da emergência dessa experiência na esfera federal. Sendo assim, mudanças na legislação que regulamenta as relações de trabalho no setor público são implementadas em nome da “*modernização técnico-administrativa do aparato do Estado, inclusive no que se refere a sua força de trabalho...*” (Nogueira, 2005).

A “reforma gerencial” que vem se constituindo na esfera administrativa da SUSAM, portanto, não se refere apenas às mudanças de nomenclaturas de cargos ou de setores administrativos, ou seja, não atingem apenas a superficialidade do aparato estatal. Ao contrário, estas transformações atingem dimensões essenciais do funcionamento do Estado, como a questão da organização e gestão do trabalho em saúde. Assim, o que tem de significativo, a nosso ver, é o esforço da administração pública estadual em fomentar e executar o processo de desregulamentação das relações de trabalho, tal qual já vem ocorrendo no âmbito da União.

A SUSAM, nesse contexto, vem contribuindo decisivamente com a intensificação da *flexibilização* das relações de trabalho no setor saúde. Em um sentido mais amplo, a atual situação do trabalho na SUSAM tem contribuído para o desmonte de um “SUS universal” (Bahia, 2006), em favor de um elevado grau de entrosamento os interesses públicos e privados, onde este último parece que vem obtendo larga vantagem em relação ao primeiro no que se refere às relações financeiras e assistenciais no âmbito do SUS.

3.2 O quadro da força de trabalho na SUSAM no contexto das mudanças na materialidade do trabalho no setor público (2000-2005)

Antes de tratarmos do tema da nova configuração das relações de trabalho na SUSAM e os impactos no conjunto da força de trabalho, é necessário que façamos uma breve digressão e mencionemos, mesmo que sinteticamente, o movimento político-reivindicatório dos trabalhadores da saúde, no Amazonas, em meados dos anos de 1970, e que vai repercutir até meados da década de 1990. O momento a que nos referimos é o que diz respeito à

repercussão do movimento sanitaria, iniciado no sudeste do país, no estado do Amazonas. Cercado de significados políticos, este movimento reivindicatório em defesa da saúde pública contribuiu, de algum modo, com a implementação do SUS em nível local, bem como para a atual face da política de pessoal deste sistema na esfera estadual.

No cenário político nacional, o movimento sanitaria, em meados da década de setenta (século XX), conquista vitórias políticas significativas, como a que se expressa na aprovação da lei 8.080/ 90, conhecida popularmente como a Lei do SUS. Num sentido mais profundo, este movimento traz à tona o direito à saúde como fundamental para o exercício da cidadania, assim como defende que é o Estado que deve garantir aquele direito.

Esta luta, capitaneada pelos sanitarias e concentrada inicialmente na região sudeste do país, também encontrou repercussão na arena política de municípios e estados brasileiros, como no Amazonas. Assim, organiza-se neste estado (apesar de ter se concentrado na capital Manaus) um movimento político-reivindicatório de trabalhadores da saúde em defesa de um sistema de saúde público. Esse momento histórico, no Amazonas, pode ser dividido em dois períodos. Primeiro, “*no final da década de 70, restrito aos servidores da secretaria de Saúde do Estado e [segundo] no final da década de 80 com a participação dos servidores do Estado e do Município*” (Freitas, 2003, p. 99).

Constitui-se, nesse período, um processo de luta entre trabalhadores da saúde e o Estado, onde os primeiros estabelecem a emergência de um amplo movimento reivindicatório em defesa da saúde pública. Conforme análise de Freitas (2003), inicialmente, os compromissos deste movimento eram marcadamente com questões salariais, mas, em seguida, amplia-se e transforma-se também numa luta da revisão das práticas sanitárias, assim como se aproxima da defesa de uma política de saúde nos moldes preconizados pelo movimento sanitaria do resto do país.

A conjuntura local, naquele momento, apresentava a luta travada entre os chamados sanitarias, que reivindicam um sistema de saúde público (mas, que também fosse universal, gratuito e equânime), de um lado, e os diferentes interesses empresariais e governamentais (como parte do executivo e setores do legislativo), de outro, que rechaçavam a possibilidade da constituição de um sistema de saúde, nos moldes defendidos pelos sanitarias, isto é, que fosse universal, equânime e público. Esta resistência à criação do SUS pode ser nitidamente comprovada quando do endurecimento por parte do governo estadual em não atender às

reivindicações do movimento da saúde¹¹⁵, em particular no tocante à constituição de um quadro de trabalhadores de carreira.

O movimento sanitaria, no Amazonas, à época, coincide com a multiplicação de novas formas de serviços oferecidos nos EAS na cidade. Essas novas modalidades se destacam pelo crescimento do setor privado de saúde na cidade (Freitas, 2003), desde o surgimento de empreendimentos (como: clínicas, hospitais, laboratórios, etc.) voltada para a saúde privada até a criação das chamadas fundações privadas e das cooperativas médicas e de enfermagem.

No bojo dessas transformações no aparato administrativo do Estado do Amazonas, em particular no setor saúde, destaca-se a emergência de arranjos institucionais que vão favorecer o processo de desregulamentação do trabalho na saúde pública. Porém, com o refluxo dos movimentos reivindicatórios, esses artifícios jurídico-legais determinados pelo poder executivo começam a receber o apoio e legitimidades de categorias fundamentais que constituem o SUS, como a de enfermeiros e a de médicos.

Nesta conjuntura de redefinição do aparato estatal, constatamos que os discursos oficiais, em geral, baseiam-se na idéia de que é inevitável seguir o *canto da sereia* da “reforma”. Por isso, propagam que é preciso desregulamentar as relações de trabalho no setor público, alargar a participação das organizações sociais na garantia de oferta de serviços, *flexibilizar* as contratações de trabalhadores, enfim, implementar, na íntegra, o que preconiza a reorganização do aparato público, via “reforma do Estado”, tendo em vista a sua *modernização*.

As novas configurações no trabalho na saúde pública do estado do Amazonas, representado pela SUSAM, impõem um cenário de tendência à desregulamentação do trabalho e fortemente marcado pela adoção de uma maior *flexibilização* e intensa precarização das relações de trabalho. Mas, agora, os ataques do empregador (a SUSAM) ao trabalhador da saúde têm sido marcado pela ausência de iniciativas de crítica e denúncia em relação ao atual situação do trabalho no âmbito do SUS, no Amazonas, por parte dos organismo de representatividade do trabalhador e, em certas situações, pelo apoio explícito de categorias estratégicas na saúde pública no país, como a dos médicos e dos enfermeiros. Voltaremos a este assunto ao final deste item quando abordaremos a questão da contratação de cooperativas de profissionais de saúde pelo SUS.

¹¹⁵ Em advertência ao movimento, o governador em exercício, Vivaldo Frota, ratifica: “Esperamos que hoje todos os servidores estejam no horário normal de trabalho nos seus setores, caso contrario, quem não for trabalhar estará demitido sumariamente, seja estatutário ou celetista” (A Critica, de 02/02/88 citado por Freitas, 2003, p. 123).

A força de trabalho na SUSAM: os vínculos de trabalho no período de 2000 a 2005

De acordo com Bahia (2006) é alarmante a situação de “empresariamento da saúde” por qual passa o SUS hoje. Esta circunstância pode ser melhor comprovada, segundo esta autora, através da comprovação das múltiplas formas de inserção no trabalho dos profissionais de saúde, com a contratação de pessoal terceirizado ou os duplos e triplos vínculos de trabalho. Esta conjuntura, portanto, torna quase inexequível a consolidação do SUS e, ao mesmo tempo, impõe que os trabalhadores da saúde convivam, cada vez mais, com “a precarização de vínculos, a informalidade das formas de recrutamento de pessoal, por vezes permeáveis ao nepotismo, e as nomeações políticas para os ocupantes de cargos técnicos nas instituições públicas ...” (Bahia, 2006, p. 167).

Ao analisarmos o caso da SUSAM, a análise feita por Bahia (2006) parece-nos bastante adequada, pois os trabalhadores desta secretaria vêm convivendo com o quadro progressivo de degradação das condições e relações de trabalho, em particular quanto à ampliação do trabalho terceirizado e temporário. Na verdade, os dados apresentados pela SUSAM, no período de 2000 a 2005, referentes aos tipos de vínculos de trabalho que coexistem na secretaria, bem como o quantitativo de trabalho chamado de precarizado, refletem o quadro apresentado pela região norte (ver quadro 1). Nesse sentido, entre os anos de 2000 a 2005, a SUSAM, no contexto deste novo e precário mundo do trabalho na contemporaneidade, não destoa muito da situação em que se encontra a região norte em relação às demais regiões do país, especialmente no que diz respeito à participação das cooperativas e a contratação por período determinado.

Quadro 1 – Trabalhadores de Saúde, ativos, da Administração Estadual por Modalidade de Vínculos de Trabalho, segundo regiões (em porcentual)

Modalidades de vínculo	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste
Cargos em Comissão	4,3	6,4	2,1	4,8	3	8,1
Regime Jurídico Único	76,2	41,5	84,4	75,4	87,9	84,8
CLT	5,3	0,7	0,5	12,4	9,1	3,1
Cooperativas	1,2	6,4	1	-	-	-
Contrato por tempo determinado	8,6	10,9	12	7,4	0	4

Vínculo não informado	4,4	34,1	-	-	-	-
-----------------------	-----	-------------	---	---	---	---

Fonte: CONASS – Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde e dos Estados e do Distrito Federal, 2004

Em 2000¹¹⁶, a SUSAM contava com um quantitativo de funcionários públicos de 10.789, sendo que 6.870 destes atuavam na capital (Manaus) e 3.919, no interior do estado, conforme demonstra o quadro abaixo.

Entre os diferentes tipos de vínculos empregatícios presentes na SUSAM no ano de 2000, podemos destacar pelo menos três tipos de modalidades de contratação de trabalho, o CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), o RDA (regime de direito administrativo) e o estatutário. No que se refere à relação entre o número de trabalhadores e o tipo de vínculo os dados oficiais apresentam informações imprecisas e contraditórias.

Quadro 2 - Vínculos de trabalho x nível ocupacional do trabalhador SUSAM (capital e interior) – 2000

Grupo Ocupacional	Regime estatutário	Regime temporário	Const. Art. 108. § 1º¹¹⁷	Total
Superior	1.228	810	188	2.226
Médio/ Técnico	605	245	163	1.013
Auxiliar	3.018	1.836	198	5.052
Elementar	1.658	763	77	2.498
TOTAL	6.509	3.654	626	10.789

Fonte: SUSAM. **Relatório de Atividades CORAF/ SUSAM, 2000** e Anexo circ. nº 026-GSEAD

O quantitativo de recursos humanos, em 2000, apresenta um panorama onde o número de trabalhadores contratados por determinado 4.280 trabalhadores, abrangendo os

¹¹⁶ O documento SUSAM. **Relatório de Gestão 2000**, inclusive, não apresenta dados detalhados sobre o trabalho terceirizado. Na verdade, os relatórios de gestão e os planos estaduais de saúde, da SUSAM, no período estudado, não apresentam padronização e sequência quanto às informações sobre os tipos de vínculo de trabalho nesta secretaria. Ocorrendo, às vezes, até informações contraditórias num mesmo documento, como é o caso do SUSAM. **Relatório de Atividades. CORAF/ SUSAM, 2000**, p. 9-10.

¹¹⁷ O art. 108, da Constituição Estadual do Amazonas, na Seção III (dos Servidores Públicos), diz que “a administração pública direta e indireta do Estado e dos Municípios terá sua atividade exercida por servidores públicos, ocupantes de cargos ou empregos públicos, todos criados por lei, sendo que os primeiros para provimento em caráter efetivo ou em comissão e regidos por estatuto próprio aprovado por maioria absoluta dos membros do Poder Legislativo”. Porém, em seguida, o inciso 1º ressalta que “a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público”.

quatro níveis de ocupação. Assim tendo em vista o total de 10.789 trabalhadores, a presença de trabalho temporário é significativa, chegando a representar 39,68% do quadro total de trabalhadores na SUSAM neste período.

Sob o regime temporário, em 2000, na SUSAM, cargos fundamentais para a organização e funcionamento do SUS, são ocupados pelos diferentes profissionais de forma a subverter a natureza da administração pública. Há situações gritantes em todos os níveis de ocupação e profissões. Entre os profissionais de nível superior, por exemplo, dos 427 enfermeiros do quadro da secretaria, pelo menos, 264 são contratados mediante contratos precários; já entre os 961 médicos, 264 são temporários. Em cargos como o de técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, a contratação por período determinado é mais preocupante, principalmente por serem cargos fundamentais para a operacionalização dos serviços em saúde. Entre os primeiros, 208 trabalhadores são temporários, num quantitativo total de 277; entre os segundos, de um total de 1.159, nada menos que 894 têm contratos temporários.

Neste período, também, comprovamos, a admissão de 1.980 trabalhadores para atuarem nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde sob a responsabilidade da SUSAM. Entretanto, houve 306 demissões, configurando, assim, um acréscimo real de 1.674 servidores no conjunto de trabalhadores da secretaria mediante contratos temporários e sob o regime de direito administrativo (RDA)¹¹⁸.

Em 2001, o número total de servidores na SUSAM era de 12.459¹¹⁹. Neste ano, a secretaria de saúde do estado do Amazonas contratou cerca de 1.206 servidores. Sobre o quantitativo de trabalhadores dispensados, a SUSAM não oferece dados confiáveis, já que não apresenta em seus documentos oficiais demonstrativo, em números, sobre o número de admissões, de demissões, aposentadorias, exonerações. O que é apresentado é o número de contratações de acordo com o cargo, conforme demonstrativo abaixo:

**Quadro 3 – N°. de contratações de servidores X cargos
SUSAM – 2001**

Item	Cargo	Quantidade
01	Médico	134
02	Enfermeiro	073

¹¹⁸ Conf. dados apresentados pelo SUSAM. **Relatório de Atividades CORAF/ SUSAM, 2000.**

¹¹⁹ Conf. SUSAM. **Plano Estadual de Saúde 2002** e SUSAM. **Relatório de Gestão SUSAM – 2001.**

03	Cirurgião-dentista	046
04	Servidores de outras categorias	726
05	Farmacêutico-bioquímico	031
06	Assistente Social	027
07	Auxiliar de enfermagem	169
	T O T A L	1.206

Fonte: SUSAM. **Relatório de Gestão 2002.**

Assim, como não há registro da realização de concurso público no período entre os anos de 2000 e 2001, podemos dizer que a contratação de 1.206 trabalhadores, nos diferentes níveis e tipos de ocupação, deu-se através de contratos temporários. Diante disto, se o número de trabalhadores temporários do ano anterior (em 2000) era de 4.280, somando-se ao quantitativo de contratações no ano de 2001, que foi de 1.206, os vínculos de trabalho de caráter temporário somam 5.486. Não obstante, os números apresentados das contratações feitas pela SUSAM, devem ser vistos com uma certa relativização, pois a secretaria não apresenta com regularidade, em seus relatórios de gestão, o número de demissões ou aposentadorias do seu quadro funcional. Por isso, é importante que observemos esses números não como absolutos em si, mas como indicativo na busca da explicação da linha adotada pela SUSAM em sua política de pessoal.

Em 2002, o quadro de funcionários da SUSAM já contava com um quantitativo de 15.474, sendo 3.529, de nível elementar, 7.243, de nível auxiliar, 1.713, de nível médio/técnico e 2.989, de nível superior¹²⁰. Entre as realizações destacadas em relação ao ano de 2002, no item “investimentos em recursos humanos”, é citada a contratação de 2.551 servidores públicos, de acordo com o demonstrativo abaixo:

**Quadro 4 – N°. de contratações de servidores X cargos
SUSAM – 2002**

Item	Cargo	Quantidade
01	Médico	120
02	Enfermeiro	082
03	Cirurgião-dentista	064
04	Servidores de outras categorias	1.335

¹²⁰ Conf. SUSAM. **Relatório de Gestão 2002.**

05	Farmacêutico-bioquímico	049
06	Auxiliar de enfermagem	554
07	Psicólogo	025
08	Fisioterapeuta	015
09	Técnico em Enfermagem	251
	T O T A L	2.551

Fonte: SUSAM, Relatório de Gestão 2002.

Neste ano, como não foi possível a comprovação detalhada do quadro de funcionários da SUSAM, de modo que pudéssemos identificar o quantitativo de contratações no período, segundo o tipo de vínculo, o cargo e o nível ocupacional, supomos que o acréscimo de número de servidores ocorreu através de contratações *atípicas*, isto é, através de contratos temporários baseado no RDA, já que também, neste ano, não há registro de realização de concurso público, fato similar ao que ocorreu no ano anterior.

Em 2003, a SUSAM já contava com um quadro de servidores em torno de 17.894, sendo 3.410 do nível superior, 2.339 do nível médio/ técnico e 8.198 do nível auxiliar. Apesar desta secretaria de estado objetivar

*“garantir quantitativa e qualitativamente recursos humanos necessários ao Sistema Estadual de Saúde, através dos processos de administração, seleção, contratação e qualificação de pessoal objetivando o funcionamento pleno do sistema e a satisfação dos usuários”*¹²¹,

em momento algum a SUSAM assume uma postura que, de fato, garanta em número e em qualidade os recursos humanos da secretaria, como a decisão em promover concurso público de modo que este possa oferecer aos servidores uma carreira e condições reais de compromisso e dedicação para desenvolver suas atividades. Ao contrário, esta secretaria realizou 2.276 contratações de profissionais de saúde (ver quadro abaixo), dos diferentes níveis e cargos, sob o regime de direito administrativo (RDA), contribuindo, ainda mais, com o processo de precarização das relações de trabalho no SUS, no âmbito local.

¹²¹ Conf. SUSAM. **Relatório de Gestão 2003**, p. 246.

**Quadro 5 – Nº. de contratações de servidores x cargos
SUSAM – 2003**

Item	Cargo	Quantidade
01	Médico	186
02	Enfermeiro	112
03	Cirurgião-dentista	058
04	Servidores de outras categorias	1.183
05	Farmacêutico-bioquímico	036
06	Assistente Social	031
07	Psicólogo	019
08	Fisioterapeuta	016
09	Técnico em enfermagem	271
10	Técnico de patologia	044
11	Técnico de radiologia	041
12	Auxiliar de patologia	062
13	Auxiliar de enfermagem	172
14	Auxiliar de radiologia	045
	T O T A L	2.276

Fonte: SUSAM, **Relatório de Gestão 2003**.

No ano de 2004, a SUSAM já admite, ao tratar da questão dos recursos humanos, a sua responsabilidade quanto à resolução de problemas cruciais, como os efeitos decorrentes do processo de descentralização da saúde nos estados e municípios, que vão desde a oferta de profissionais até a diversidade de vínculo dos trabalhadores. Para isso, a SUSAM julga necessário “*eleger novos processos orientadores, como: captação e desenvolvimento de pessoal, regulação do trabalho, valorização do trabalhador, remuneração do servidor e a produção de informações gerenciais sobre recursos humanos*”¹²².

Ainda em 2004, a SUSAM programa a realização de um concurso público “*para minimizar o déficit de pessoal, além de regularizar a situação funcional dos servidores em regime temporário, previsto a realizar-se no primeiro semestre de 2005*”¹²³. Por ocasião dos resultados do Plano de Revitalização da Saúde, de 2000, estimava-se a necessidade de cerca

¹²² Ver melhor em SUSAM. **Relatório de Gestão 2004**, p. 32. Neste mesmo ano, a SUSAM emite portaria (nº. 060/ 2005- GS/ SEAD, que autoriza concurso público para o setor.

¹²³ *Idem*

22.163 servidores, porém, em 2004, a SUSAM contava com um contingente de apenas 15.584, apresentando, portanto, um déficit de 6.579 trabalhadores.

Quadro 6 - Vínculos de trabalho X nível ocupacional do trabalhador SUSAM (capital) – 2004

Grupo Ocupacional	Regime estatutário	Regime temporário	Sem vínculo	Total
Superior	1.404	758	75	2.237
Médio	785	781	10	1.576
Auxiliar	2.816	2.123	04	4.943
Elementar	1.183	826	-	2.009
TOTAL	6.188	4.488	89	10.765

Fonte: SUSAM, **Relatório de Gestão 2004**.

É possível atestarmos, segundo o quadro acima, que 57,48% dos trabalhadores atuam sob o regime estatutário, 41,69% estão sob o regime temporário e 0,83% compreendem os que não têm vínculo com a instituição, ou seja, exercem cargos comissionados. Quando observamos de modo mais específico, na atual configuração do trabalho, na SUSAM, os tipos de vínculo de trabalho e a relação deste com os grupos ocupacionais, constatamos que não há nível ocupacional ou cargo que não sofra com situações *atípicas* de trabalho na administração pública. Pelo contrário, em todos os níveis ocupacionais o quantitativo é bastante significativo desses casos.

Assim, verificamos que 49,56% dos servidores de nível médio, 42,95% dos de nível auxiliar, 41,11% dos de nível elementar e 33,88% dos de nível superior, executam suas atividades mediante contratos temporários. Ou seja, em todos os quatro níveis em que se enquadram os trabalhadores em saúde, da SUSAM, atestamos um processo significativo de precarização das relações de trabalho no âmbito do SUS local. Porém, é importante destacar que no Relatório de Gestão 2004, da SUSAM, já há menção à execução de um concurso público para o ano de 2005, com pode ser percebido à p. 32: “*identifica-se um importante avanço, como a estruturação do Concurso Público para minimizar o déficit de pessoa, além de regularizar a situação funcional dos servidores em regime temporário...*”.

A situação do trabalho, no interior (conforme quadro 7), concernente ao ano de 2004, quanto aos tipos de vínculo de trabalho em saúde, revela um quadro de menor presença do

trabalho terceirizado, comparado à situação da capital, mas que ainda apresenta números preocupantes de trabalho precarizado no setor público da saúde.

**Quadro 7 - Vínculos de trabalho X nível ocupacional do trabalhador
SUSAM (interior) – 2004**

Grupo Ocupacional	Regime estatutário	Regime temporário	Sem vínculo	Total
Superior	553	245	41	839
Médio	139	61	-	200
Auxiliar	1.865	476	-	2.341
Elementar	1.166	273	-	1.439
TOTAL	3.723	1.055	41	4.819

Fonte: SUSAM. Relatório de Gestão 2004.

Em 2005, a SUSAM contava com 17.656 trabalhadores da saúde, sendo 11.645 na capital e 6.011 no interior. Considerando a situação do trabalho na capital, constatamos um cenário (conforme mostram os quadros 8 e 9) de avanço do número de casos de trabalho atípico na administração pública. Desse modo, o quantitativo de trabalhadores de nível elementar com vínculo de trabalho sob o regime estatutário representa um pouco além da metade do total (56,88%). Entre os trabalhadores de nível auxiliar e superior, o regime estatutário se expressa de modo semelhante ao nível elementar, sendo 55,16% e 62,14%, respectivamente. A porcentagem de 41,17% entre os trabalhadores de nível médio que tem vínculo de trabalho com a SUSAM, sob o regime estatutário, revela a situação mais aprofundada, pelo menos quantitativamente falando, comparado com os demais grupos ocupacionais.

**Quadro 8 - Vínculos de trabalho X nível ocupacional do trabalhador
SUSAM (capital) – 2005**

Grupo Ocupacional	Regime estatutário	Regime temporário	Total
Superior	1.405	856	2.261
Médio	966	1.380	2.346

Auxiliar	2.861	1.999	4.860
Elementar	1.239	939	2.178
TOTAL	6.471	5.174	11.645

Fonte: SUSAM, **Relatório de Gestão 2005**.

A situação do trabalho, na SUSAM, em 2005, ainda se mostra profundamente marcada por inúmeras ocorrências de trabalho precarizado. Quantitativamente, o quadro geral de trabalhadores desta secretaria, sofreu um considerável aumento. Em 2000, era de 10.789 e, em 2005, já é de 17.656. Entretanto, este acréscimo não representa uma diminuição do trabalho temporário ou mesmo um esforço institucional, por parte da SUSAM, em combater as condições e situações de trabalho *atípicas* na administração pública. Pelo contrário, o número de contratos de trabalho temporários (sob o Regime de Direito Administrativo), em 2005, na SUSAM, atinge o patamar de 7.563 num quadro de servidores de 17.656, ou seja, 42,83% da força de trabalho contratada por esta secretaria ocorre mediante trabalho precarizado, que abrange contratos temporários, terceirização, cooperativas, entre outras.

Dentre os cargos que compõem os servidores de nível elementar, da SUSAM, na capital, em 2005, o de auxiliar de serviços gerais apresenta a situação mais preocupante, pois dos 1.282 servidores, 861 são estatutários e 421 encontram-se vinculados por meio de contratos temporários. Entre os servidores de nível auxiliar, o cargo de auxiliar de enfermagem conta com 1.950 trabalhadores, sendo que 998 são estatutários e, nada menos que, 952 encontravam-se sob o regime temporário. Entre os servidores de nível médio, o caso mais gritante é o referente aos trabalhadores que ocupam o cargo de técnico de enfermagem, pois num total de 1.553, 430 eram estatutários e 1.123 eram temporários, ou seja, o número de contratos temporários, em se tratando deste cargo, supera em quase três vezes o quantitativo de trabalhadores sob o regime estatutário.

Em se tratando dos trabalhadores que ocupam cargos de nível superior, o assistente social, o enfermeiro e o médico apresentam números expressivos de vínculos por meio de contratos temporários. No primeiro caso, num universo de 231 trabalhadores, 116 estavam sob o regime estatutário e 115 eram temporários. No segundo caso, no total de 461 servidores, 259 eram estatutários e 202 eram temporários. E, no terceiro cargo, dos 663 médicos (clínico geral), 524 eram estatutários e 139 eram temporários.

No entanto, há cargos em que o número de trabalhadores em situação *atípica* na administração pública (como os que se dão mediante contratos temporários) extrapola os que estavam vinculados em situação própria da administração pública, como os contratados por

meio de concurso público e sob o regime estatutário, como o que ocorre entre os nutricionistas e psicólogos. Entre aqueles, 09 eram estatutários e 17 temporários, totalizando, 26; entre estes, num universo de 78 profissionais, 22 eram estatutários e 56 eram temporários¹²⁴.

No que se refere aos trabalhadores que atuam na SUSAM, mas não têm vínculo de trabalho com a secretaria, a informação oficial, conforme o Relatório de Gestão 2005, da SUSAM, é que os trabalhadores chamados de “sem vínculo” (isto é, ocupam cargos comissionados na secretaria, mas não são do quadro) chegam a 178 (cento e setenta e oito). No interior, a SUSAM apresentava, em 2005, um quadro situacional bastante semelhante à realidade da capital quanto à organização do trabalho, segundo mostra quadro abaixo.

Quadro 9 - Vínculos de trabalho X nível ocupacional do trabalhador SUSAM (interior) – 2005

Grupo Ocupacional	Regime estatutário	Regime temporário	Total
Superior	508	431	939
Médio	143	176	319
Auxiliar	1.827	1.176	2.994
Elementar	1.144	615	1.759
TOTAL	3.622	2.389	6.011

Fonte: SUSAM. **Relatório de Gestão 2005**.

Diante disso, a ampliação da desregulamentação das relações de trabalho na SUSAM, tem garantido o aprofundamento da precariedade do trabalho no conjunto dos servidores públicos. Essa tendência afeta não somente os trabalhos identificados como temporários ou terceirizados, no caso das cooperativas, mas tem tido repercussão no conjunto do funcionalismo público da área da saúde. A situação de empobrecimento de setores do funcionalismo público, não atinge apenas os que desenvolvem suas atividades por meio do trabalho *atípico* na administração pública, pois mesmo os servidores públicos que se encontram sob o regime estatutário tem sofrido com os impasses que se colocam à consecução de uma política de pessoal condizente com os princípios do SUS.

¹²⁴ Conf. SUSAM. **Relatório de Gestão 2005**, quadro 10.

Apesar de que o conjunto de servidores públicos vem sofrendo com os ataques dos governos recentes, em todas as esferas, principalmente devido ao desencadeamento da “reforma do Estado”, desde os anos de 1990, ao observarmos a situação de determinadas categorias, verificamos que as relações de precariedades estão mais enraizadas em algumas áreas do que em outras.

Nesse aspecto, a situação dos auxiliares de enfermagem e os técnicos de enfermagem, na SUSAM, por si só já expressa a postura política adotada pelo governo estadual em relação às políticas de saúde, que é a de contribuir para precarizar, ainda mais, o SUS, no âmbito local. Adotar mecanismos de contratação, como os contratos temporários, para qualquer cargo na área da saúde pública já é preocupante para qualquer categoria, mas junto àquelas categorias, a SUSAM demonstra, na realidade, um descompromisso com os preceitos do SUS, assim como coloca em risco permanente a possibilidade de tratamento e reabilitação das pessoas que sofrem com diferentes agravos e recorrem às unidades de saúde do SUS.

Os dados sobre os distintos cargos que compõem o quadro funcional desta secretaria e os tipos de vínculos que baseiam as contratações, no período entre os anos de 2000 a 2005, evidenciam que a reforma administrativa, em curso desde os anos de 1990, no estado do Amazonas, tem se consolidado, particularmente no que tange à desregulamentação do trabalho no setor saúde. Diante disso, ganham espaços os códigos e os pressupostos do lucro, da racionalidade econômica, da modernização, tão próprios de atividades econômicas privadas, mas que, agora, reproduzem-se e acomodam-se de modo mais amplo na administração pública e, em particular, no âmbito do SUS.

Diante desta tendência, a materialidade do trabalho no setor público da saúde, sob a responsabilidade da SUSAM, encontra-se mais próxima de um cenário de forte precariedade das relações de trabalho e, cada vez, mais distante da consecução do SUS, conforme apontam os seus princípios. A SUSAM, na verdade, está na contramão da defesa de um sistema de saúde pública, nos moldes preconizados pelo próprio Ministério da Saúde, em especial no que diz respeito ao recente programa chamado de DesprecarizaSUS, de 2006, do MS. Sendo assim, o eixo norteador da atual política de gestão do trabalho, da SUSAM, é incompatível com as recomendações propostas pelo MS quanto ao cumprimento das diretrizes que devem nortear as relações de trabalho no SUS. Na verdade, a atual situação do trabalho no setor saúde chega, a nosso ver, a colocar em risco a sustentação do SUS enquanto política pública e, portanto, garantidora de direitos sociais.

Segundo o Relatório de Gestão 2006, da SUSAM, ao tratar do item “administração e desenvolvimento de recursos humanos”¹²⁵, ressalta que esta instituição “(...) *vem executando políticas de provisão, de manutenção, de desenvolvimento e de monitoração de recursos humanos dentro dos preceitos legais do SUS*”. Esta assertiva apresenta uma preocupação desta secretaria de governo em parecer, ao menos, que garante e executa os princípios do SUS, conforme preconiza a lei nº. 8080/ 90 e as demais legislações pertinentes a esta política. O que podemos perceber é que no que diz respeito ao trabalho e ao trabalhador em saúde, a SUSAM destoa das orientações da política nacional sobre o trabalho no SUS e, portanto, descumpr o que preconiza o SUS quanto às diretrizes de uma política de pessoal adequada a este sistema.

Neste mesmo período, no ano de 2006, a SUSAM instituiu o Grupo Interinstitucional para orientar o compromisso que a secretaria deve cumprir ao aderir ao “Pacto pela Saúde do Amazonas”. Oficialmente, ao assumir este Pacto a SUSAM deveria assinar um Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Por esta ocasião, segundo o discurso oficial, “*a perspectiva Estadual é que devemos assinar os Termos de Compromisso com consciência de que vamos cumpri-los*”¹²⁶. Dentre os compromissos elencados, um merece nossa atenção: “*as ações voltadas para a desprecarização das relações de trabalho, com a adoção de vínculos que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde*”.

As contradições inerentes ao discurso oficial da SUSAM quanto à sua intenção em combater, de fato, a precarização das relações de trabalho são evidentes. Basta que comparemos a realidade do mundo do trabalho na SUSAM, no período de 2000 a 2005, para percebermos os reais limites do discurso institucional. Nesse aspecto, o que verificamos é o avanço do número de contratos temporários (ver Quadro 10) e de contratações de serviços por meio de cooperativas, mesmo após o concurso público realizado no ano de 2005.

¹²⁵ Conf. SUSAM. **Relatório de Gestão 2006**, p. 27.

¹²⁶ Conf. SUSAM. **Relatório de Gestão 2006**, p 9.

**Quadro 10 – Trabalhadores (em nº total) X Variação/ ano
SUSAM – 2000 a 2005**

Ano	Nº de trabalhadores (total)	Variação em relação ao ano anterior (em nº.)	Variação em relação ao ano anterior (em %)
2000	10.789	---	---
2001	12.459	1.670	13,40
2002	15.474	3.015	19,48
2003	17.894	2.420	13,52
2004	15.584	- 2.310	- 14,82
2005	17.656	2.072	11,73

Fonte: Dados consolidados pela autora a partir dos Relatórios de Gestão/ SUSAM, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

Uma dessas incongruências pode ser confirmada quando o Relatório de Gestão 2006, da SUSAM, trata do Programa de Qualificação de Atenção às Urgências e Emergências no Amazonas – QUALISUS, que busca reorganizar os serviços na atenção à saúde de unidades de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência. Esta reorganização contempla tanto a ampliação de recursos para fins de aquisição de materiais e equipamentos quanto a oferta de cursos de caráter técnico voltados para os profissionais de saúde.

Entretanto, caso consideremos o avanço da contratação de serviços ofertados pelas cooperativas, especialmente nos EAS que oferecem serviços de média e alta complexidade, a qualificação oferecida pelo Programa QUALISUS deve garantir e proporcionar cursos de atualização para trabalhadores (como os das cooperativas) que podem ser substituídos a qualquer momento, seja pela rotatividade de profissionais própria destas entidades, seja por conta de decisão judicial que possa vetar a atuação de cooperativas na administração pública. Ou seja, a possibilidade do Estado, na figura da SUSAM, em estimular e garantir um aparato burocrático, como afirma Dias (2006, p. 165), “*competente e com certa independência face ao Estado*”, torna-se cada vez mais distante e pouco factível na esfera estadual do SUS, no Amazonas.

Outra contradição existente no discurso oficial da SUSAM¹²⁷, pode ser confirmada quando o órgão decide pela ação concernente a: “desprecarizar contratos de trabalho”¹²⁸, que

¹²⁷ Conf. SUSAM. **Plano Estadual de Saúde – 2006/07.**

¹²⁸ *Idem*

tem como meta física “nomear cinco mil servidores” (referente ao concurso de 2005), mas, por outro lado, decide também manter os contratos temporários ou que prestam serviços terceirizados (como os oferecidos pelas cooperativas), e sem previsão e planejamento para extinguir ou mesmo reduzir essas situações *atípicas* no setor público. Além disso, observa-se também que o ritmo de convocações do último concurso (de 2005) tem se dado de forma lenta e gradual¹²⁹, assim como tem mantido a realização de processos seletivos para a contratação em regime temporário.

Força de trabalho, cooperativa e SUSAM: um excursão necessário

O surgimento de cooperativas de profissionais de saúde e, por conseguinte, da oferta de força de trabalho por estas entidades para o Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema que vem ganhando destaque político e interesse acadêmico, no Brasil, desde a década passada. Em parte, o aumento desse interesse possa ser explicado por conta do avanço do processo de desregulamentação das relações de trabalho no SUS, que tem permitido, por exemplo, a compra de força de trabalho das cooperativas (de profissionais de saúde) pela administração pública.

Apesar de não ser o foco deste estudo analisar profundamente as contradições da participação de cooperativas de profissionais de saúde na assistência à saúde organizada pelo SUS, entendemos que este é um tema fundamental numa pesquisa que tentar analisar as mudanças no mundo do trabalho no setor público, como as que vêm ocorrendo no SUS¹³⁰. Pretendemos, assim, mesmo que de modo introdutório, analisar este fenômeno – o das cooperativas no SUS, no estado do Amazonas – em particular sobre as possíveis motivações de seu surgimento e em que medida vem influenciando na redefinição das relações de trabalho no âmbito da SUSAM. Para isso, apresentaremos dados (números, orçamento, etc.) preliminares sobre a participação das cooperativas nesta secretaria de saúde, articulando-os

¹²⁹ Conforme informações oficiais, da SUSAM até 12/06/2007, foram convocados cerca de 4.246 trabalhadores, dos diferentes cargos. O concurso em questão abriu 10.206 vagas, mas apenas 8.736 foram aprovados. Disponível em: www.susam.am.gov.br. Acesso em: 10/01/2008.

¹³⁰ Inicialmente, a presente pesquisa pretendia abordar a participação das cooperativas na organização do trabalho da SUSAM, em especial quanto ao número e à intensidade deste tipo de força de trabalho nos EAS desta secretaria. No entanto, dificuldades quanto ao acesso às informações oficiais inviabilizaram esta pretensão de pesquisa. Sendo assim, optamos por apenas compreendê-la conceitualmente, assim como identificar, de modo preliminar, os efeitos do uso deste tipo de força de trabalho na SUSAM. Para isso, levantamos informações e dados em fontes “não-oficiais”, como em jornais, e oficiais, como o TCU, o MPT, TCE, etc.

com uma análise sintética acerca da compra de força de trabalho fornecida pelas cooperativas de profissionais de saúde.

Segundo dados levantados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a participação da força de trabalho no SUS, por meio de contratos com cooperativas de profissionais de saúde, apresentava uma média de 1,2% no país, em 2004. A região norte se sobressaía e contava com uma porcentagem de 6,4% de trabalhadores, contratados por secretarias estaduais, mediante cooperativas. Em comparação com o nordeste, que tinha 1% de seus trabalhadores via cooperativa, ou com o sudeste, sul e centro-oeste do país, que não apresentavam, à época, este tipo de vínculo, a região norte se destacava, de modo negativo, por ter uma percentualidade bastante acima da média nacional, configurando, assim, um avanço considerável da precarização das relações de trabalho no SUS. Neste mesmo ano, segundo dados do Ministério da Saúde (apud Nogueira, 2004) o Brasil mantinha cerca de 1.078 vínculos de trabalho por meio de cooperativas, enquanto que os núcleos estaduais (os estados) apresentavam 1.420 vínculos mediante o trabalho oferecido pelas cooperativas.

O setor público da saúde, no Amazonas, a partir dos anos de 1990, não só acompanha a tendência do quadro brasileiro sobre a presença das cooperativas de profissionais de saúde no SUS, como também demonstra significativo avanço. Esta nova situação, na SUSAM, estabelece, assim, mudanças cruciais nas relações entre os interesses privados e o público no interior do SUS. Neste novo contexto, o Amazonas demonstra uma intensa convergência entre os interesses de caráter privado e o SUS, onde este último, a nosso ver, tende a financiar o primeiro, ao optar por comprar os seus serviços para serem oferecidos pelo sistema público de saúde do país.

É possível identificar estreitas relações entre os desdobramentos político-sociais do movimento político-reivindicatório de trabalhadores em saúde, no Amazonas, citado no início deste capítulo, e a reorganização dos serviços e do trabalho em saúde sob a responsabilidade da SUSAM. Assim, após um intenso movimento grevista iniciado nos anos de 1970, a SUSAM, a partir da década de noventa, vai conviver, cada vez mais, “(...) *com a progressiva ampliação do setor privado de saúde em Manaus, a criação das Fundações e o surgimento das cooperativas médicas, (...)*” (Freitas, 2003, p. 149).

A correlação de forças entre trabalhadores da saúde e governo ganha novos contornos com a intensa tendência à fragmentação das categorias do setor saúde e, conseqüentemente, com o fortalecimento dos interesses de algumas categorias profissionais em detrimento dos interesses coletivos, do conjunto dos trabalhadores da saúde. Essa

consequência pode explicar, em linhas gerais, como as decisões políticas e, às vezes, as de alcance jurídico-legal, por parte do governo estadual ou do poder judiciário, no trato da desregulamentação do trabalho na área da saúde, ocorrerão de forma diferenciada e sem equidade entre os trabalhadores em saúde.

Nesse sentido, profissionais como os da área de enfermagem e médica, por meio de decisões coletivas em seus organismos de representatividade adotam posturas cada vez mais corporativas e acabam por se *adaptarem* mais facilmente aos ditames da “reforma gerencial” na saúde. No momento seguinte os intensos movimentos em defesa da saúde pública, no estado do Amazonas, por ocasião do movimento sanitarista no Amazonas (Freitas, 2003) profissionais de áreas como ortopedia, anestesia¹³¹, neurocirurgia, cirurgia de cabeça e pescoço, intensivista, neonatologia e cardiologia são os que encontram suas demandas de cunho corporativo atendidas pelo governo estadual, ou seja, estas categorias criam cooperativas de profissionais e negociam a venda de sua força de trabalho com o governo do estado do Amazonas. Constitui-se, então, um consenso entre estas categorias e a SUSAM sobre a necessidade de *flexibilizar* as formas de contratação de trabalhadores para garantir a oferta de parte dos serviços de saúde e, por conseguinte, melhores remunerações para aquelas categorias.

A *conquista* destas categorias, como a de garantir a legitimidade deste novo tipo de contratação de trabalho, não se revela como uma vitória para o conjunto dos trabalhadores da saúde, ao contrário o que se configura é a resposta do Estado, no nível estadual, às demandas particularizadas daqueles profissionais de saúde. Essa nova realidade, para as relações entre trabalhadores em saúde e SUSAM reflete, em grande medida, uma forte tendência do aparato administrativo estatal, assim como já vem ocorrendo na esfera da União, em ampliar as “parcerias” com a iniciativa privada e garantir, então, a reorganização das táticas de expansão dos interesses privados no SUS.

Desse modo,

“anestesiastas, neurocirurgiões, cirurgiões de cabeça e pescoço, ortopedistas, intensivistas, neonatologistas, cardiologistas – além de parcela dos enfermeiros, têm suas demandas atendidas no setor privado de saúde, organizados em cooperativas pagas com recursos públicos cujos valores que correspondem à essa remuneração, demonstram uma evidente disparidade se comparados aos salários pagos aos demais servidores não incorporados nessas cooperativas” (Freitas, 2003, p. 152).

¹³¹ Contraditoriamente, os profissionais dessas duas especialidades – de ortopedia e anestesia – foram os que mais radicalizaram em suas ações durante o movimento grevista, inclusive, anunciando demissão em massa, fato este que ocasionou o pedido de demissão de cerca de 172 médicos, segundo mostra reportagem de um jornal da época: *“Ortopedistas e anestesiastas estão se mobilizando e ameaçam pedir, nos próximos dias, demissão em massa, em repúdio ao descaso do governo do Estado”* (A Crítica, de 16/10/88 apud Freitas, p. 133).

No estudo sobre a organização do trabalho de cooperativas de enfermagem, em Manaus, realizado por Trindade *et al.* (2000, p. 21), a autora aponta que “*de fato, as cooperativas foram criadas por demandas da SUSAM na década de 90 e, anualmente, os contratos são (re) negociados, visando sua renovação*”. Diz, ainda, que o anseio desta secretaria de estado, era contratar “*(...) enfermeiros com maior qualificação, principalmente para os cuidados mais especializados e intensivos, coincidindo inclusive com a implantação de unidades de saúde e setores de internação especializados*¹³²” (p. 08). Não obstante, não é que se observa após a contratação de força de trabalho por meio de cooperativas, ao menos no caso dos serviços de enfermagem.

Segundo dados levantados por Trindade *et al.* (2000), constatou-se que, em 2000, 47,6% dos cooperados não apresentavam nenhuma habilitação, além de que 55,2% dos enfermeiros não apresentavam nenhuma especialidade, ou seja, têm apenas a graduação. A justificativa amplamente defendida pela direção da SUSAM, portanto, não encontra ressonância. Ao contrário, o que podemos atestar é que, ao lançar mão deste tipo de contratação de força de trabalho, esta secretaria de saúde está se aproximando de um sistema de saúde pautado numa visão hospitalocêntrica e de forte concentração em especialidades voltadas para cuidados intensivos e de risco, em detrimento da saúde coletiva/ pública, isto é, em oposição a elementos primordiais, amplamente preconizados pelo SUS, que é o de prevenção, educação e vigilância em saúde.

Ampliando a conclusão de Trindade *et al.* (2000), a decisão pela demanda da SUSAM em favor das cooperativas se dá por duas vias complementares: uma, por decisão corporativa dessas categorias profissionais, onde estas defendem explicita ou implicitamente através de suas entidades representativas¹³³, e, a outra, pela incorporação dos princípios típicos da “reforma do Estado” pela administração pública estadual, em particular no que diz respeito à política de recursos humanos, conforme destacamos no item anterior ao tratarmos da reforma administrativa. O Estado, representado pela SUSAM, portanto, autoriza e legitima este tipo de contratação de trabalho nos serviços e procedimentos médicos e de enfermagem.

Esse novo (e precário) contexto das relações de trabalho na SUSAM, assim como ocorreu no resto do país, é marcado por um significativo refluxo dos movimentos reivindicatórios, por parte dos trabalhadores em saúde, bem como a inserção de novos

¹³² Observemos, neste aspecto, as implicações que sofre a gestão e organização do SUS em decorrência do processo de descentralização, já comentado brevemente no item anterior.

¹³³ Entidades como o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional de Cooperativas Médicas (FENCOM), o Conselho Regional de Medicina-AM, o Sindicato de Enfermagem-AM e o Conselho Regional de Enfermagem.

princípios e modalidades de organização do trabalho em saúde. Entretanto, mesmo que estas entidades ofereçam serviços identificados como de natureza precária, o poder de pressão desses grupos profissionais no sentido de permanecer a contratação deste tipo de trabalho no SUS parece se alargar, contrariando o que se vê em outras áreas onde essas mesmas categorias atuam, como no setor privado ou mesmo no âmbito público quando se trata de servidores públicos estatutários. Podemos dizer até que, na medida em que o governo estadual adote e amplie a contratação de serviços por meio de cooperativas, a SUSAM corre o risco real de se transformar em refém dessas entidades fornecedoras de mão-de-obra na área da saúde.

Diante disso, a ofensiva dos interesses privatistas nesta instituição pública da área da saúde tem alcançado apoio e a legitimidade do setor público estadual, já que este tem garantido que os interesses corporativos de determinados grupos de trabalhadores da saúde sejam atendidos mediante a formalização de contratos com cooperativas de profissionais de saúde, como as de enfermagem e médica. Podemos visualizar a resposta do Estado, através da SUSAM, às demandas oriundas de categorias organizadas em cooperativas, com base no crescente número dessas entidades nos serviços de oferecidos pela SUSAM. Por exemplo, no ano de 2001, esta secretaria mantinha 15 (quinze) contratos com cooperativas; em 2002, 14 (catorze); em 2003, 17 (dezesete); em 2004, 16 (dezesesseis); em 2005, também, 16 (dezesesseis)¹³⁴. Só para ilustrar, no ano de 2006, o número de contratos já chegava a 18 (dezoito), conforme relatório de gestão e, em 2008, a 19 (dezenove)¹³⁵.

Nesses termos, a SUSAM, de um lado, legitima a participação de interesses privados na organização e funcionamento do SUS e, de outro, inevitavelmente, neutraliza as lutas sindicais capitaneadas pelas demais categorias que não criaram cooperativas, adotando, assim, uma política de diminuição dos custos com pessoal (de carreira ou temporário), contraditoriamente o que vem ocorrendo com os custos com o pagamento de cooperativas. No que diz respeito ao orçamento estadual da área da saúde, constatamos o aumento significativo (em valores) do pagamento dos serviços prestados pelas cooperativas. Em 2003, a SUSAM apresentava, entre as despesas correntes, o gasto com pessoal de R\$ 289.345.794,10 e com cooperativas de R\$ 126.565.160,19; em 2004, o valor destinado ao pagamento de pessoal somava R\$ 472.389.598,00 (liquidado); e em 2005¹³⁶, os gastos com pessoal (total) foi de R\$

¹³⁴ Dados retirados dos Relatórios de Gestão, da SUSAM, no período de 2000 a 2005.

¹³⁵ Conf. Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 13 out. 2008. Cidades Cad. p. 11.

¹³⁶ Segundo nota apresentada no Relatório de Gestão 2005, da SUSAM, “a participação percentual de Pessoal (Servidores e Cooperativas) em relação ao total do Orçamento executado foi da ordem de 53,50% e em relação

543.891.646, sendo R\$ 373.014.124,00 para pagamento de pessoal e encargos sociais e R\$ 170.877.522,00, para pagamento de serviços de cooperativas¹³⁷.

Comprovamos, portanto, o aumento significativo dos gastos com pagamento de cooperativas na SUSAM, entre 2003 e 2005. Este aumento de aproximadamente R\$ 75 milhões de gastos com cooperativas é bastante superior (proporcionalmente) ao gasto com pessoal (estatutário, temporário e celetista), que teve um aumento de cerca R\$ 84 milhões, considerando que o número de trabalhadores que prestam serviços através de cooperativas é bastante inferior ao número total de servidores públicos, não chegando nem a 10% (dez por cento) deste total de servidores¹³⁸.

Se no plano governamental (da SUSAM), a forma de contratação mediante cooperativas vem sendo garantida, isso não ocorre sem o apoio de categorias que atuam na área da saúde pública, em especial a de enfermagem e a médica. Assim, algumas categorias têm *optado* nos últimos anos em garantir melhorias salariais individuais (ou seja, por categoria profissional), como bem mostra a orientação política adotada por organizações que representam estas categorias. As categorias da área médica e de enfermagem têm exercido forte pressão sobre o governo estadual para que este atenda suas demandas de caráter corporativo¹³⁹.

As entidades representativas de categorias de profissionais de saúde, como a de médicos e de enfermeiros, tem se posicionado de modo contraditório aos preceitos do SUS em relação à contratação de trabalhadores em saúde. Em vez de questionarem a contratação deste tipo de trabalho *atípico* – por meio de cooperativas – pela administração pública, elas têm optado pela omissão e, em muitos casos, pela defesa explícita das cooperativas no sistema público de saúde. Em outros termos, setores organizados das categorias médica e de

ao Orçamento foi da ordem de 36.69%. A participação das Cooperativas em relação ao total do Orçamento foi da ordem de 16,81% e em relação ao total de Pessoal foi da ordem de 31,42% “(p. 26).

¹³⁷ Esta tendência de forte presença de cooperativas na SUSAM e, conseqüentemente, de significativo comprometimento do orçamento da área da saúde, também pode ser ratificada nos anos de 2006 e 2007. A SUSAM pagou, em 2006, R\$ 133.84 milhões e, em 2007, 162,63 milhões. Conf. Tribunal de Contas do Estado (TCE) In: Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 13 out. 2008. Cidades Cad. p. 11.

¹³⁸ Assim, se, no ano de 2005, o quadro total de servidores contava com 17.656 e 16 (dezesesseis) cooperativas, em 2008, tinha 19 (dezenove) contratos com cooperativas, sendo que 1.543 trabalhadores atuavam através destas entidades nos EAS da SUSAM.

¹³⁹ Essa orientação, adotada pela categoria médica nos últimos anos, pode ser confirmada quando determinados governos atendem reivindicações particulares e corporativas desse grupo em detrimento das outras categorias tão importantes como esta para o funcionamento e consolidação do SUS. A prefeitura de Manaus, por exemplo, aprovou este ano (2008), um PCCS (Plano de Carreiras, Cargos e Subsídios) para os trabalhadores da saúde, ou melhor, dois PCCSs, um dos médicos e outro para os demais profissionais. Isso é prova indubitável de que a luta corporativa desta categoria tem tido ressonância no estado do Amazonas, seja no âmbito estadual com a permanência das cooperativas nos serviços de saúde, seja na esfera municipal com a garantia de privilégios salariais e na carreira, como a aprovação do último PCCS da categoria.

enfermagem têm defendido a manutenção das relações de trabalho precárias no âmbito do SUS.

Os discursos destas categorias apóiam-se, em geral, na justificativa de que é necessária a permanência das cooperativas no setor público da saúde em virtude principalmente da atual política salarial que lhes atingem e das condições de trabalho (insalubres, inadequadas tecnicamente, etc.) com as quais tem de conviver. Segundo o presidente atual da federação Nacional das Cooperativas Médicas (Fencom), a defesa das cooperativas se sustenta por conta da situação em os médicos se encontram no âmbito do SUS. Por isso, ele diz: *“os salários são ruins, os concursos não suprem as necessidades e não há plano de carreira e salários. O médico pede demissão mesmo. Isso aconteceu no Nordeste e começa a acontecer em Minas Gerais”*¹⁴⁰. Sobre essa questão, ainda, o representante da Coomeb (Cooperativa dos Médicos do Brasil), comenta:

*“Se os Estados fizessem concursos públicos com uma remuneração digna e atraente, os médicos com certeza iriam fazer as provas. Agora, não adianta fazer um concurso público para pagar um valor absurdo para o profissional. Desse jeito, o médico não tem que fazer o concurso mesmo”*¹⁴¹.

No editorial da publicação oficial do Conselho Federal de Medicina (CFM), é denunciada a situação crítica, em vários aspectos, a qual o SUS se encontra. Comenta-se, neste texto, que as causas principais vão de má gestão dos recursos públicos à frágil qualidade na prestação dos serviços de saúde, da situação precária dos hospitais à baixa remuneração dos médicos e péssimas condições de trabalho. Neste mesmo número é tratado também da “Carta de Curitiba¹⁴²”, elaborada por diversas entidades de representatividade médica. Quanto ao cooperativismo médico só são mencionadas os benefícios corporativos da categoria no uso daquela modalidade de contratação no sistema único de saúde e, em nenhum momento questionam ou mesmo ponderam sobre o seu uso no setor público da saúde. Pelo contrário, enfatizam *“as vantagens do cooperativismo médico para facilitar [a] relação de trabalho e como caminho na busca de mais chances de diálogo para fechar contratos e acertar salários”*¹⁴³.

¹⁴⁰ Jornal A Folha de São Paulo, São Paulo, 27 ago. 2007. Disponível em: <www.folhaonline.com.br>. Acesso em: 01 setembro de 2007.

¹⁴¹ *Idem*.

¹⁴² Este documento é resultante do I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, realizado em Curitiba, no início do ano de 2008. A chamada “Carta de Curitiba” tem se constituído como documento público que sintetiza as reivindicações mais prementes desta categoria e tem sido apresentada aos diferentes setores sociais e autoridades públicas, como: o Presidente da República, o Ministro da Saúde, lideranças políticas no Congresso.

¹⁴³ Para ver na íntegra este discurso proferido pelo presidente da Cooperativa dos Anestesiologistas do Paraná, consultar “Medicina”, publicação oficial do Conselho Federal de Medicina, nº 170, mar/ abr/ 2008.

A postura corporativa e individualista dessas categorias tem coincidindo, em vários aspectos, com o discurso reproduzido amplamente pela maioria dos governos (em todas as esferas) e por representantes do setor privado (clínicas, laboratórios, hospitais, organizações sociais, etc.) onde a concepção do SUS é reduzida à mera oferta de serviços e ações de saúde, em detrimento dos seus princípios de prevenção e vigilância em saúde.

O que se vê, então, é que ao adotarem tal postura, estas entidades reafirmam e legitimam o discurso ideológico de cunho liberal, que sustenta a inexorabilidade da “reforma do Estado” enquanto garantia da implementação do SUS. A apropriação do discurso neoliberal, por parte dessas entidades representativas de trabalhadores em saúde, ao defenderem a incorporação a qualquer custo das cooperativas no funcionamento do SUS, baseia-se fundamentalmente na idéia de que a contratação desse tipo de trabalho é uma espécie de saída temporária enquanto não são resolvidos os problemas estruturais historicamente inerentes ao SUS.

De acordo com Antunes (2007), o exemplo das cooperativas é o mais expressivo neste cenário de (quase) extinção do trabalho se comparado ao seu modo tradicional. Um dos efeitos mais deletérios do uso dessa modalidade de trabalho – a cooperativada – na administração pública é o seu uso distorcido para fins de intensificar a precarização dos direitos do trabalho.

Contrariando os elementos fundantes da prática do cooperativismo, como o da solidariedade entre os indivíduos e o fato deste modo de organização do trabalho poder se configurar como um contraponto às relações típicas e predominantes no capitalismo, as cooperativas de profissionais de saúde, na verdade, acabam por reproduzir relações de trabalho semelhantes às constituídas em qualquer empresa privada.

Nesse aspecto, é comum que decisões e deliberações acordadas pelo conjunto de cooperados sejam previamente decididas pelo grupo dirigente da organização. É inegável que a centralização das decisões esteja mais condizente com uma relação entre empregado-empregador e menos uma relação, inspirada na de igualdade entre cooperados (Trindade *et al.*, 2000; Nogueira, 2004; Bahia, 2006).

Nesse novo cenário do mundo do trabalho, no Brasil, é possível dizer que a área da saúde pública, tem se transformado num espaço marcado pela tendência à precarização do trabalho, onde “*formas de flexibilização salarial, de horário, funcional ou organizativa*”, tem predominado nas condições do trabalhador do SUS. Essa precariedade afeta, em certos aspectos, de forma homogênea os trabalhadores em saúde; entretanto, estes também sofrem com a heterogeneidade, típica destes tempos de “reestruturação produtiva”.

Outro impacto expressivo, decorrente do processo de “reestruturação produtiva” na área da saúde pública, é quanto aos valores (desiguais) salariais pagos ao trabalhador de carreira e ao trabalhador da cooperativa. A diferença dos salários destes evidencia um forte traço de desigualdade na política de remuneração heterogênea que o SUS vem adotando desde a década passada. No caso do estado do “Espírito Santo, por exemplo, os médicos recebiam no máximo R\$ 2.000,00 mensais no serviço público. Organizados em cooperativas, passaram a ganhar R\$ 6.000,00 pelas mesmas tarefas”¹⁴⁴. No Amazonas, por sua vez, o rendimento de um enfermeiro-cooperado, em 2000, que atua nas unidades de saúde, da SUSAM, pode chegar até R\$ 8.500,00 mensais, contra um salário médio de R\$ 1.800,00¹⁴⁵ se esse trabalhador for contratado mediante concurso e sob a vigência de regime estatutário.

O que está em jogo, no entanto, não é a luta por melhores salários simplesmente, é mais do que isso. Trindade *et al.* (2000, p. 16), aponta que um dos pontos positivos, segundo os “enfermeiros-cooperados”, é o fato de se sentirem mais valorizados nas unidades de saúde em que desenvolvem as suas atividades. Para esses trabalhadores, oferecer serviços por meio de cooperativas garante-lhes *status* social diferenciado, reconhecimento da qualidade da assistência prestada e melhores condições de trabalho e de relação com a equipe profissional, mesmo que admitam a sobrecarga de plantões que eles têm que realizar.

Quanto ao acompanhamento desses serviços pela SUSAM, até o momento (2008), não foi criado ainda nenhum sistema de monitoramento e avaliação para mensurar a qualidade dos serviços oferecidos pelas cooperativas nos EASs. Segundo análise dos relatórios de gestão e planos estaduais, a SUSAM acompanha e contabiliza apenas o aspecto quantitativo, como o número de plantões e de procedimentos, por cooperativa, para efeito de pagamento destas entidades. A ausência de mecanismos de avaliação e monitoramento torna-se preocupante quando constatamos a organização e gestão do trabalho numa unidade de saúde de alta complexidade, de urgência/ emergência, como é o caso do Hospital Pronto Socorro João Lúcio.

Conforme o quadro de recursos humanos¹⁴⁶, deste hospital, em 2007, exceto os que desenvolvem atividades mediante cooperativas, havia um quantitativo de pessoal de 652 trabalhadores (do nível elementar ao nível superior). Destes, 502 são estatutários, 149 tem contrato temporário e 07 dispostionados. Se considerarmos alguns cargos, em particular, podemos observar a constituição de dois grupos distintos, conforme o tipo de vínculo de

¹⁴⁴ Conf. comentário do presidente da Fencom In: Jornal Folha de São Paulo, São Paulo, 27 ago. 2007. Disponível em: <www.folhaonline.com.br>. Acesso em: 01 setembro de 2007.

¹⁴⁵ Conf. dados levantados por Trindade *et al.* (2000).

¹⁴⁶ Conf. Doc. Quadro de Recursos Humanos, do H. P. S. João Lúcio, de 25 setembro de 2007.

trabalho. O primeiro, nível técnico, como o cargo de técnicos de enfermagem, os profissionais somam 188, sendo 101 estatutários e 87 temporários. O segundo, em se tratando dos cargos de nível superior, esta unidade de saúde apresenta situações gritantes, como o fato de contar apenas com 01 psicólogo, contratado por período temporário. No caso dos médicos, há somente 03 médicos, sendo 02 sob o regime estatutário e um deslocado. Entre os enfermeiros, a situação não é diferente da categoria médica, onde há apenas 05 enfermeiros, sendo 04 estatutários e 01 deslocado.

Entretanto, a redução do quantitativo de médicos e de enfermeiros, neste hospital, indica-nos que um outro contingente de trabalhadores, alheio a ele, executa as funções pertinentes à atividade médica e de enfermagem, já que ele é um dos principais hospitais do complexo de serviços de saúde da rede estadual. Assim, os serviços são garantidos predominantemente pelos profissionais de cooperativas, de diferentes habilitações e especialidades, que atuam no ritmo de plantão. Em 2007, pelo menos, onze cooperativas atuavam neste hospital, realizando cerca de 92 (noventa e dois) plantões diariamente.

Contraditoriamente, a intensificação do controle e supervisão sobre o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores-cooperativados que atuam nos EASs estaduais se dá pela própria direção das cooperativas. Assim, em tempos de “acumulação flexível” no trabalho, esse acompanhamento se focaliza principalmente na fiscalização de um controle diário da frequência dos trabalhadores. Faltar ao trabalho, para os trabalhadores cooperados, representa, em muitos casos, um impacto significativo em forma de desconto na remuneração. Essa forma de controle parece resultar no baixo absenteísmo desses trabalhadores. Centralizando a fiscalização somente nos trabalhadores, por parte das direções das cooperativas, não há nenhum acompanhamento referente ao trabalho oferecido por estas entidades e a melhoria dos indicadores de tratamentos e procedimentos de saúde.

Ainda sobre a questão das cooperativas, Lígia Bahia comenta que elas “*não têm a perspectiva de SUS, de saúde universal*”¹⁴⁷. Isso se deve, em grande medida, pela intensa rotatividade dos trabalhadores que prestam o serviço, assim como pela perda da visão de conjunto do processo de trabalho, onde convivem trabalhadores contratados sob regimes diferenciados (RDA, Estatutário, celetista, etc.) e por formas distintas (via contrato temporário, concurso público, cooperativas, O. S. etc.), com remunerações baseadas e parâmetros desiguais.

¹⁴⁷ Jornal Folha de São Paulo, São Paulo, 27 ago. 2007. Disponível em: <www.folhaonline.com.br>. Acesso em: 01 setembro de 2007.

Nesta mesma linha, Trindade *et al.* (2000, p. 18) afirma que a fragmentação do trabalho na área da saúde, com a inserção do trabalho-cooperado,

“contribui para que se instale a descontinuidade das ações que conformam esse mesmo processo, seja em determinado setor, no hospital como um todo e, prima, no que diz respeito à assistência direta aos pacientes os quais perdem a referência dos profissionais com os quais possuíam alguma relação”.

Alguns interlocutores do poder jurídico também vêm questionando a expansão desses serviços no âmbito do Estado, inclusive impetrando recursos contra esse tipo de contratação pela administração pública. Para um determinado membro do MPT *“está havendo uma manipulação da saúde pública por essas entidades”*¹⁴⁸.

A Fencom, por sua vez, tem defendido que *“a cooperativa é um mecanismo de defesa do médico”*¹⁴⁹ enquanto que, para Boito Jr. (1999, p. 13), a atuação destas figuras jurídicas – como as organizações sociais e as cooperativas – no setor público, representa a *“‘privatização branca’ de instalações, equipamentos, verba e pessoal do serviço público nas áreas científicas, educacional e médico-hospitalar”*.

Por isso, tanto a SUSAM quanto as categorias que defendem as cooperativas, enquanto fornecedoras de força de trabalho, ao defenderem a permanência deste tipo de trabalho no SUS, contribuem de modo decisivo, como diz Borges (2003), para a permanência de privilégios neste setor, assim como não contribuem para a consecução do “SUS real”.

¹⁴⁸ *Idem.*

¹⁴⁹ *Idem.*

Conclusão

O atual quadro de complexidade e heterogeneidade o qual vive o mundo do trabalho hoje, no contexto das relações capitalistas, distancia, cada vez mais, o trabalho do seu sentido histórico original, enquanto ponto de partida para a humanização do ser social. De fato, o trabalho e a classe trabalhadora, no sentido dado por Antunes (1999, 2004 e 2005), desde os anos de 1970, têm sofrido com os efeitos recentes da engrenagem do sistema de metabolismo social do capital (Mészáros, 2002). O intenso reordenamento da economia mundial, entre países e regiões; a emergência de novos modelos e padrões de produção e de trabalho; a desestruturação do *Welfare State*; e a privatização do Estado são alguns dos processos que têm provocado mudanças na materialidade (e na subjetividade) do trabalho na contemporaneidade.

Essas transformações organizacionais e de gestão atingem desde o trabalho produtivo, como na indústria e no setor de serviços, até o chamado trabalho improdutivo¹⁵⁰, como o desenvolvido no setor de serviço, seja para uso capitalista, seja público. Apesar de não produzir diretamente mais-valia, o trabalho improdutivo tem se submetido cada vez mais à racionalidade do capital e à lógica de mercado (Antunes, 2005, p.78). Daí a necessidade da incorporação de uma noção mais ampliada de classe trabalhadora, que leve em consideração que esta classe transcende o trabalho industrial produtivo.

O setor público, no contexto destas recentes inflexões que têm moldado a reorganização da sociedade do capital, também tem sido afetado. No que se refere à organização e gestão do trabalho, o Estado estabelece novas formas e padrões como tentativa de *modernizar* as relações de trabalho. Assim como já ocorre na esfera privada, a administração pública também busca implementar medidas mais condizentes com os *novos tempos*. Mas, em se tratando do aparato estatal, o foco é responder a suposta “crise do Estado”, especialmente a sua dimensão fiscal. Por isso, o Estado adota medidas que tentam redefinir sua função, organização e gestão, nas diferentes áreas, da orientação da política econômica à legislação trabalhista, da abertura dos mercados nacionais à desregulamentação dos serviços públicos, em especial os da área social.

O Estado brasileiro, enquanto empregador, tem se pautado em adotar medidas com vistas a desregulamentar as relações de trabalho e a *flexibilizar* as formas de contratação

¹⁵⁰ Como sugere Antunes (2005, p.82), “podemos também acrescentar que os trabalhadores improdutivos, criadores de anti-valor no processo de trabalho, vivenciam situações muito aproximadas com aquelas experimentadas pelo conjunto dos trabalhadores produtivos”.

(mediante o trabalho temporário, terceirizado, etc.). Essas e outras medidas liberalizantes têm afetado diretamente o conjunto do funcionalismo público.

A área da saúde pública, no Brasil, tem servido de *locus*, desde a década de 1990, para a experimentação da introdução das premissas da “reforma do Estado”, nas três esferas governamentais. De fato, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação (em 1990), teve que enfrentar problemas cruciais em face da ofensiva neoliberal, que emerge no Brasil no mesmo período da criação deste sistema público de saúde. Situações como a do frágil orçamento destinado para as políticas sociais, que sofrem com recorrentes períodos de contingenciamento e a da desregulamentação do trabalho, são alguns dos impasses que se impõem a sua consolidação no país.

A reorganização das relações de trabalho no setor da saúde pública, decorrente do processo de desregulamentação (mediante a “reforma do Estado”) tem se configurado mediante um conjunto de arranjos institucionais estabelecido, através de leis, portarias, súmulas jurídicas, etc., pelos diferentes níveis da administração pública. Esse processo, porém, não ocorre num mesmo ritmo e intensidade. Cada esfera administrativa, dependendo do jogo constituído pelas forças sociais, no espaço político local ou regional, apresenta consonância, em menor ou maior intensidade, com a tendência da União em aplicar as diretrizes da “reforma”, de acordo com o que preconiza o Plano Diretor, de 1995.

As administrações públicas brasileiras, nas diferentes esferas, ao adotarem os princípios da chamada contra-reforma (ou seja, da “reforma do Estado”) tem se esforçado em reproduzir os princípios da gestão empresarial no aparato do Estado. Na área da saúde pública, podemos constatar um significativo avanço desse projeto, em especial no tocante à desregulamentação do trabalho. Por isso, a reforma administrativa, em curso nos diferentes estados e municípios brasileiros, tem garantido a implementação de uma política que busca redefinir o aparato estatal nos moldes preconizados por Bresser Pereira para o âmbito federal.

E, no Amazonas, não vem ocorrendo diferente. No âmbito da SUSAM, a ampliação e diversificação das formas de contratação de trabalho para a execução da política de saúde têm se dado de forma permanente e crescente. Contratos temporários, sob o RDA, e os serviços executados pelas cooperativas médicas e de enfermagem, são modalidades *toleráveis* pela administração pública estadual e, nesse aspecto, também defendidas por estas categorias que vendem sua força de trabalho para o sistema público de saúde mediada por contratos entre o Estado e cooperativas, organizações sociais, etc.

Desse modo, os arranjos jurídico-institucionais necessários para que a implementação de uma gestão de pessoal de modo que organize o trabalho no setor saúde nos

moldes neoliberais avançam na SUSAM, apesar de contraponto ponderado por parte de instituições jurídicas, como o MPT. Por isso, novos arcabouços jurídico-legais são criados, pela esfera estadual, para legitimar estas medidas *modernizadoras*, mediante leis, decretos, portarias, etc. Seguindo a lógica das mudanças ocorridas no âmbito da União, com a emergência da reforma administrativa do aparato estatal, o governo do Amazonas tem reproduzido recorrentemente o conteúdo das medidas pertinentes às relações de trabalho na área da saúde.

Mudanças na constituição estadual, para estabelecer legalmente as contratações por tempo determinado, e no regimento da secretaria de saúde, no sentido de criar novos artifícios administrativos (órgãos, cargos, programas e novas formas de contratação), demonstram como as medidas do governo estadual estão coadunadas com os princípios da “reforma gerencial”, nos moldes preconizados por Bresser Pereira.

Na verdade, as situações de terceirização, na SUSAM, não ocorrem apenas em situações pontuais e complementares, como nas situações em que envolvem os cargos relacionados à atividades consideradas “não-exclusivas de Estado”. Ao contrário, o número expressivo de contratos temporários evidencia que o setor saúde, no estado do Amazonas, está em estreita sintonia com os preceitos do Plano Diretor (1995), chegando até a superar as recomendações preconizadas por este plano, em especial quanto às formas de contratação e dos cargos em que as novas modalidades (como a terceirização, a temporária, etc.) devem atuar.

Quanto às contratações mediante contratos de trabalho por tempo determinado, a SUSAM, no período entre 2000 e 2005, apresenta um aumento significativo da presença de trabalho precarizado (temporário e terceirizado). Se, no ano de 2000, contava com 3.654 (33,87%) trabalhadores com vínculo de trabalho temporário num total de 10.789, em 2005, de um total de 17.656, nada menos que 7.563 trabalhadores (42,83%) encontram-se em situação *atípica* para a administração pública.

Sobre a contratação de força de trabalho, mediante as cooperativas, inferimos que esta modalidade tem garantido, na SUSAM, tanto a sua presença enquanto prestadores de serviços nas unidades de saúde quanto à participação progressiva nos gastos do orçamento do setor. A respeito do número de contratos, constatamos que, em 2001, a SUSAM mantinha contratos com 15 (quinze) cooperativas de profissionais da saúde e, em 2005, 16 (dezesseis). Entretanto, estima-se que hoje (em 2008), a SUSAM mantém 19 (dezenove) contratos com

cooperativas¹⁵¹. Em relação ao pagamento de cooperativas, verificamos também um significativo aumento, ocasionando, assim, um maior comprometimento destes gastos no orçamento da saúde, bem como instituindo, indiretamente, remunerações diferenciadas e desiguais num mesmo cargo e categoria e, em geral, no mesmo local de trabalho.

De modo mais detalhado, cooperativas de certas especialidades (como: neurologia, neurocirurgia, etc.) tem garantido junto ao governo estadual maior presença nos serviços oferecidos por esta modalidade. Os profissionais destas áreas têm optado por uma atuação nitidamente corporativa, ao preferir oferecer serviços mediante cooperativas, em detrimento de uma carreira de Estado. Isto, pelo menos, para certas especialidades. Conforme denúncias, por parte do judiciário (como, o MPT), os profissionais especialistas destas áreas tem adotado a orientação de negar a carreira pública em favor de prestar serviços privados, mediante as cooperativas, para a administração pública.

Ao submeter-se aos ditames da “reforma do Estado”, que preconiza, entre outros aspectos, um amplo processo de desregulamentação do trabalho, inclusive para o funcionalismo público, a SUSAM tende a se reorganizar no sentido de ceder aos preceitos estabelecidos pela administração gerencial, pela *nova* forma de administrar o Estado. Na verdade, na medida em que implementa medidas que buscam *flexibilizar* as relações de trabalho no âmbito do SUS, a SUSAM afasta-se de princípios fundantes para o funcionamento deste sistema público de saúde, como o que se refere à garantia de um corpo de servidores públicos, mediante relações estáveis, na oferta de serviços públicos. Em suma, o atual modelo de política de pessoal adotado pela SUSAM apresenta características típicas de políticas de orientação neoliberal. Mas, em termos a materialidade do trabalho, na SUSAM, tem sido afetada pela atual “reforma” do aparato estatal? Sobre esse assunto, algumas tendências constatadas por este estudo, parece-nos importante aqui comentar.

A primeira tendência refere-se ao alinhamento da SUSAM em relação à proposta da reforma administrativa do e *no* Estado. Esta opção política pode ser notada quando este órgão adota um conjunto de medidas (através de leis, portarias, decretos, etc.) que buscam reorganizar a gestão do trabalho na área da saúde pública, assim como impõe a ampliação de situações não convencionais na administração pública. Este quadro tem acarretado prejuízos não só para os próprios trabalhadores da SUSAM como também para o conjunto da sociedade amazonense que recorre aos serviços do SUS.

¹⁵¹ Conf. Jornal Diário do Amazonas, Manaus, 13 out. 2008. Cidade Cad. p. 11.

A segunda tendência diz respeito à desregulamentação dos serviços públicos e a ampliação dos interesses de mercado nas políticas públicas, como tem acometido no SUS. Nesse contexto, diferentes frações da burguesia têm visto na privatização dos serviços públicos uma oportunidade de negócio, configurando-se, assim, enquanto a “nova burguesia de serviços”, “*composta por indivíduos, instituições ou grupos prioritários de escolas, de universidades, de hospitais e de empresas de convênio médico*” (Boito Jr., 1999, p. 15, grifo nosso). Expande-se o interesse privado em detrimento de um Estado articulado a uma sociedade nacional (Ianni, 1995).

Em meados da década de 1990, no Brasil, já podemos constatar o discurso governamental em favor do atendimento das demandas da “nova burguesia de serviços”. Na conjuntura do estado do Amazonas, neste período, o anúncio do governador Amazonino Mendes, em face da resistência do movimento paredista nos dá algumas pistas para compreendermos a relação consensual que irá se instaurar entre o Estado (no nível estadual) e os setores da iniciativa privada da área da saúde. Assim, ele diz: “ (...) *se pudesse, eu privatizaria tudo, uma vez que, no setor público existe esse negócio, ou seja, a pessoa falta, o diretor passa a mão por cima*”¹⁵².

A assertiva acima nos dá algumas pistas dos rumos tomados pelo aparato administrativo- estatal, bem como antecipa, de certa forma, as mudanças que afetarão o SUS, no Amazonas, em particular no tocante à reorganização do trabalho na área da saúde a partir de 2000. Pois, de fato, o que se vê a partir deste período é o aprofundamento das relações de trabalho precárias na SUSAM, desde a contratação desenfreada de cooperativas até a manutenção de vínculos de trabalho por meio de contratação temporária.

Outra tendência diz respeito à ampliação do trabalho terceirizado no SUS. Esta modalidade de trabalho pode ocorrer de diferentes formas e em relação a distintos cargos e áreas na administração pública. No caso da SUSAM, as formas mais comuns (em número), no período de 2000 a 2005, são as que ocorrem através de contratações por tempo determinado (contrato temporário) e de cooperativas de profissionais (médicos e enfermeiros). Um dos desdobramentos deste fenômeno no setor público é a fragmentação das atividades na esfera do SUS.

Como se observou, no caso dos trabalhadores das cooperativas, o trabalho entre estes e os chamados estatutários ou temporários numa mesma unidade de saúde, constitui-se num ambiente de trabalho marcado pela descontinuidade das atividades, já que dependendo do tipo

¹⁵² Jornal A Crítica, de 07/10/88 apud Freitas, p. 133, grifo nosso.

de vínculo que um dado trabalhador tem com a SUSAM, o trabalhador desempenha uma carga horária (de 12h, 6h ou 4h) e salários diferenciados (que podem representar até dez vezes o valor recebido mensalmente por um estatutário). A individualização das relações salariais tem se configurado como um entrave à organização dos trabalhadores enquanto classe.

A inserção do trabalho terceirizado no setor público, como o oferecido pelas cooperativas, tem propagado neste setor os elementos essenciais da lógica de lucro, tendo em vista que essas entidades se configuram mais como empresas do que, de fato, como cooperativas, baseada na igualdade e na solidariedade entre os cooperativados. Nesse aspecto, o trabalho desenvolvido no setor público, no contexto da “reestruturação produtiva”, não se constitui plenamente como improdutivo. O que se vê, na verdade, é a coexistência de traços tanto do trabalho considerado produtivo quanto o improdutivo, no sentido atribuído por Marx.

A fragmentação do trabalhador coletivo, então, não afeta somente a dimensão objetiva nas relações e condições de trabalho. Ao contrário, a subjetividade do trabalhador, representada por suas estratégias de luta político-sindical, também é atingida. Como diz Marcelino (2004, p. 112), “*a resistência operária tende a adquirir uma feição mais defensiva com o avanço da reestruturação produtiva*”. Assim, as lutas de caráter classista e marcadamente ofensivas, em face destas recentes mudanças no mundo do trabalho, têm se tornado mais residual na organização sindical do funcionalismo público, como parece-nos apontar o atual cenário da luta de classes na arena política do estado do Amazonas¹⁵³.

Diante da atual situação do trabalho, na SUSAM, comprovamos que os novos contornos do e no “mundo do trabalho” não afetam apenas o trabalho e os trabalhadores da esfera privada. Ao contrário, a “*enorme intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho*” (Antunes, 2007, p. 04) têm afetado fortemente os trabalhadores e o trabalho do setor público e estatal. Por isso, confirmam-se situações onde, “*os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência, etc, também sofreram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação subordinando-se a máxima da mercadorização (...)*” (Antunes, 2007, p. 04).

Os dados demonstrados anteriormente indicam a forte tendência à precarização do trabalho, na SUSAM, fato esse que tem modificado radicalmente a dimensão material do trabalho neste setor público. Não podemos esquecer, no entanto, que estas transformações de

¹⁵³ Evidentemente, que nossa pesquisa não buscou entender e explicar esse caráter subjetivo da classe trabalhadora, apesar de reconhecermos a importância do assunto. Nosso comentário, deve-se mais à tímida atuação ou mesmo ausência de movimentos reivindicatórios na área da saúde, entre os anos de 2000 a 2005, e menos a um estudo verticalizado junto aos organismos de representatividade, aos líderes sindicais e aos trabalhadores da saúde.

caráter estrutural têm influenciado a subjetividade do trabalhador do setor público. Mas, essa questão é tarefa para uma outra pesquisa. O que queremos ressaltar é que ao abordarmos a materialidade do trabalho no setor saúde é inevitável que reconheçamos que a subjetividade (organização e consciência política) não seja afetada e, dialeticamente, contribua com o atual o processo desregulamentação do trabalho no setor público.

Como diz Antunes (2004, p. 15), o processo de reestruturação produtiva provoca, em alguns casos, traços particulares e singulares, se considerarmos o seu novo quadro – multifacetado e heterogêneo. Desse modo, analisar as mudanças na materialidade do setor público, em Manaus, torna-se relevante na medida em que nos ajuda a entender melhor “*as novas configurações no mundo do trabalho no Brasil*”.

É notório a constituição de um processo em que predomina a redução dos direitos sociais para amplos setores da sociedade brasileira, desde meados da década de noventa, do século passado, em particular para a *classe-que-vive-do-trabalho*. Nesse aspecto, esta classe, marcadamente heterogênea, sofre os impactos do processo de “reestruturação produtiva” de modo diferenciado. Ou seja, numa dada realidade social, na qual a SUSAM está inserida, o conjunto dos trabalhadores (estatutário, temporário, cooperativado ou celetista) que a constitui, sofre e responde às medidas implementadas pelo governo estadual também de forma distinta.

É importante ressaltar, também, que a constatação de relações de trabalho precarizadas, decorrente em grande medida do aprofundamento da “reforma do Estado”, não atingem somente aqueles trabalhadores que mantêm contratos temporários com a SUSAM. Pelo contrário, o avanço desse projeto, o da “reforma” no aparato da administração pública brasileira, tem provocado transformações cruciais na organização e gestão do trabalho, inclusive, entre os funcionários públicos efetivos que mantêm vínculos de trabalho sob o regime estatutário. Prova disso são as inúmeras mudanças na legislação do servidor público e a política de arrocho salarial por qual vem passando o conjunto de funcionários públicos, especialmente aqueles que não são considerados como de “carreira exclusiva do Estado”. Diante disso, aos que são “enviados à linha de frente, para desempenhar as funções ditas sociais e suprir as insuficiências mais intoleráveis da lógica do mercado, não lhes são dados os meios para cumprir verdadeiramente sua missão”. (Bourdieu, 1998, p.11, grifo nosso).

Diante disso, é flagrante o processo de fragmentação e *flexibilização* do trabalho pelo qual o SUS passa em todas as suas esferas. E, no Amazonas, o processo não tem sido deferente. A SUSAM, principalmente, a partir dos anos 2000, tem optado por favorecer e garantir a desregulamentação do trabalho na área da saúde. Por isso, em vez de viabilizar a

constituição de uma política de recursos humanos que garanta a incorporação, de fato, dos princípios e diretrizes do SUS, a SUSAM tem optado por promover, progressivamente, a precariedade e a flexibilização das relações de trabalho no âmbito do SUS no Amazonas. Ou seja, o governo do Amazonas tem contribuído decisivamente para o aprofundamento de uma contra-reforma social no âmbito da saúde, já que a sua atual gestão do trabalho do SUS apresenta fortes traços da reforma administrativa gerencial, com a desregulamentação das relações de trabalho, ao mesmo tempo, que fomenta relações de trabalho baseadas na pessoalidade, e não no mérito, como as que se dão através dos contratos temporários e de cooperativas de profissionais de saúde.

Referências

- ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva – ensaios de sociologia do trabalho**. São Paulo: Práxis, 2007.
- AGRELA, Euclides de. **Reforma Neoliberal do Estado – quando o mínimo é máximo**. Cad. de Debate ILAESE, São Paulo, Vol. 2, p. 5-12, nov./ 2005.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 6^a. ed. São Paulo: Ed. Cortez; Campinas, SP: Ed. UNICAMP, 1999.
- _____. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 5^a. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.
- _____. **A Dialética do Trabalho – escritos de Marx e Engels**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- _____. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, R. e SILVA, M^a A. Moraes (Orgs.). **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 13-27.
- ANTUNES, R. e ALVES, G. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. In: Revista Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ ago, 2004.
- BELUCHE, Olmedo. **Os trabalhadores do Estado e a teoria marxista das classes sociais**. In: Revista Marxismo Vivo, n^o 06, nov., 2002, pp. 113-122.
- BERNARDO, João. **Transnacionalização do capital e fragmentação dos trabalhadores. Ainda há lugar para os sindicatos?** São Paulo: Boitempo, 2000.
- BIHR, Alain. **Da Grande Noite à Alternativa: o movimento operário europeu em crise**. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 1998.
- BOITO Jr., Armando. **Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Xamã, 1999.
- BRAGA, Ruy. **A Restauração do Capital – um estudo sobre a crise contemporânea**. São Paulo: Xamã, 1996.
- BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Brasília: MARE, 1995.
- BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a Cidadania – a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional**. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.
- BRITO, Pedro. **El mundo del trabajo en el ámbito de la salud**. In: Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. Buenos Aires: ALAST, Ano 8, n^o. 15, 2002, p. 05-14.
- CARVALHO, Marcelo. **A reforma do Estado no Brasil**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do IFCH/UNICAMP, 2002.
- CATANI, Antônio David (Org.). **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4^a. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; Rio Grande do Sul: Ed. da UFRGS, 2002.
- _____. **Trabalho & Autonomia**. 2^a. ed. Petrópolis, RJ; Ed. Vozes, 2000.
- COSTA, Lucia C. da. **Os impasses do Estado Capitalista – uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

- DINIZ, Eli. **Crise, reforma do Estado e governabilidade**. Rio de Janeiro: FGV, 1997.
- FIORI, José Luis. **Os moedeiros falsos**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- FREITAS, Cecília M^a A. de. **A trajetória da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde no município de Manaus/ Amazonas**. 2003. 210f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus).
- GENTILI, Pablo & SADER, Emir (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- GORZ, André. **Adeus ao Trabalho: para além do socialismo**. Tradução de Ângela Ramalho Vianna e Sérgio Góes de Paula. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- HARVEY, David. **A Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 3^a. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1993.
- IANNI, Octavio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1995.
- LEITE, Márcia de P. **Trabalho e Sociedade em transformação – mudanças produtivas e atores sociais**. São Paulo: Fund. Perseu Abramo, 2003.
- MARX, Karl & ENGELS Friedrich. **Obras Escolhidas**. São Paulo: Alfa-Ômega, Vol. I.
- MARX, Karl. **Grundrisse: lineamientos fundamentales para la crítica de la economía política (1857-1858)**. Tradução de Wenceslao Roces. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- _____. **Trabalho assalariado e capital & salário, preço e lucro**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- MARCELINO, Paula R. P. **A logística da precarização – terceirização do trabalho na Honda do Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- Mills, W. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
- NOGUEIRA, Roberto P. **Novas Tendências Internacionais da força de trabalho do setor público – o Brasil comparado com outros países**. Brasília: NESP/ CEAM/ UNB, 2005.
- _____. **O preceito de diversidade e a composição da força de trabalho no setor público**. Brasília: NESP/ CEAM/ UNB, 2004.
- NOGUEIRA, Arnaldo J. F. Mazzei. **Emergência e Crise do Novo Sindicalismo no Setor Público Brasileiro**. In: RODRIGUES, Iram J. (Org.) O novo sindicalismo – vinte anos depois. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, p. 51-72.
- NOGUEIRA, Marinez Gil. **Reestruturação Produtiva e Relações de Trabalho: um olhar sobre a Zona Franca de Manaus**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Sociais do CCHLA/UFRN, 1998.
- OFFE, Klaus. **Capitalismo Desorganizado**. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.
- OLIVEIRA, Francisco. **Os Direitos do Anti-valor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998.
- _____. **Crítica à razão dualista**. São Paulo: Boitempo, 2003.
- OSBORNE, D. e Gaebler, T. **Reinventando o governo – como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. 10 ed. Brasília: MH Comunicação, 1998.

PETRAS, J. e VELTMAYER H. **Brasil de Cardoso: a desapropriação do país**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIERANTONI, Célia R. et al. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática**. In: FALCÃO, André et al. (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2004.

SOARES, Laura Tavares. **O desastre Social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

TRINTADE *et. al.* **Enfermeiros cooperativados em Manaus**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/enfermeiros.pdf>. Acesso em: 10 março 2007.

VASAPOLLO, Luciano. **O trabalho atípico e a precariedade**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.