

## Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil

Productive restructuring and its impact on labor relations in the public health services in Brazil

Maria Inês Carsalade Martins<sup>1</sup>  
Alex Molinaro<sup>1</sup>

**Abstract** *The restructuring of productive systems and economic globalization are directly impacting the basic social rights of workers. In the semi-peripheral countries such as Brazil, where the wage-based society and the consolidation of social rights are not completely implemented, this process of change in the world of labor contributes to aggravate the inequality in the capital-labor relationship and hampers access to employment. By means of a critical review of the scientific literature regarding changes in the world of labor and its impact on the organization and production of health services in Brazil, this article pinpoints the weakness of regulation of the labor market in Brazil, especially in the health sector. It also stresses the need to increase the debate on new forms of institutionalization of the labor relationship in order to ensure equity in the workplace and protect the rights to work and in the workplace.*

**Key words** *(De)regulation of labor in Brazil, Administrative reform in the health sector, Regulation of work in health, Equity in the workplace*

**Resumo** *A reestruturação dos sistemas produtivos e a globalização econômica vêm interferindo diretamente sobre os direitos sociais básicos dos trabalhadores. Em países semiperiféricos como o Brasil, onde a sociedade salarial e a consolidação dos direitos sociais não se implantaram de fato, este processo de mudança, nas formas e relações de trabalho, assume características particulares, acentuando-se a desigualdade na relação capital-trabalho e dificultando o acesso ao emprego. Através de uma revisão crítica da produção científica sobre as mudanças no mundo do trabalho e seu impacto na organização e produção dos serviços de saúde no Brasil este artigo procurou mostrar a fragilidade da regulação do mercado de trabalho no Brasil, principalmente na área da saúde. Apon-ta a necessidade de ampliar a reflexão sobre novas formas de institucionalização das relações de trabalho, no sentido de garantir a equidade e o direito ao e no trabalho.*

**Palavras-chave** *(Des)Regulação do trabalho no Brasil, Reforma administrativa no setor saúde, Regulação do trabalho em saúde, Equidade no trabalho.*

<sup>1</sup> Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480/929, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. mines@ensp.fiocruz.br

## Introdução

As mudanças que temos presenciado no mundo contemporâneo, motivadas pelas novas formas de organização econômica, aliadas ao desenvolvimento tecnológico têm gerado impacto na organização da produção, causando problemas, principalmente nas áreas do trabalho e do emprego.

Para Ferreira<sup>1</sup>, assistimos ao desenvolvimento de uma sociedade onde parte da população acede e dispõe de emprego remunerado, enquanto outra parte se encontra excluída total ou parcialmente do mundo do trabalho.

Considerando o trabalho como ato social e atividade pública coletiva, julgamos importante recuperar as características políticas, sociais, públicas e coletivas do trabalho enquanto promotor de cidadania social.

Na área da saúde, a produção acadêmica em relação ao tema gestão do trabalho vem tendo como foco principal o processo de flexibilização e de incorporação de pessoal no setor público e privado, na perspectiva do direito à saúde e do dever do Estado em provê-lo<sup>2-5</sup>.

Neste artigo, pretendemos corroborar esta discussão trazendo o foco para o direito *no* trabalho e *ao* trabalho, discutindo as relações laborais no setor público de saúde do ponto de vista da cidadania, na perspectiva de se construir novos horizontes para as políticas públicas neste campo.

Este ensaio sobre as mudanças no mundo do trabalho e seu impacto na organização e produção dos serviços de saúde no Brasil, buscou promover um diálogo entre autores que têm trabalhado esta temática a partir de diferentes pontos de vista: econômico, jurídico, social e da gestão do trabalho em saúde.

A partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases Scielo e Lilacs, usando como descritores *a globalização e as ciências sociais, flexibilidade e regulação do mercado de trabalho, gestão do trabalho em saúde, ocupação no setor público brasileiro* foram localizados trabalhos que abordavam as mudanças no mundo do trabalho do ponto de vista dos direitos sociais e do trabalho em saúde. No conjunto dos trabalhos identificados foram selecionados: Cardoso Júnior<sup>6</sup>, que discute na perspectiva econômica, a desregulação do mercado de trabalho no Brasil, colocando os determinantes e as consequências deste processo no cenário brasileiro; Ferreira<sup>1</sup>, que aborda o tema na perspectiva do direito do trabalho, recuperando as origens dos direitos sociais e a mudança de paradigmas que vem se im-

pondo neste novo cenário; Dedecca<sup>2</sup>, que analisa do ponto de vista da regulação do mercado, a fragilidade dos mecanismos de regulação no Brasil e de como a modernidade vem se implantando no Brasil de forma perversa no que se refere às conquistas e avanços sociais.

No campo da saúde elegeu-se como interlocutores autores que discutem a gestão do trabalho em saúde em suas diferentes dimensões: Machado<sup>3</sup> que discute Trabalho e Emprego em Saúde; Mendonça et al.<sup>7</sup> que abordam os desafios para gestão do trabalho no processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família; Nogueira et al.<sup>4</sup> que colocam os Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS; e Pierantoni<sup>5</sup>, que discute os limites e as possibilidades da Reforma do Estado, na Saúde e na área de Recursos Humanos.

Analisar as relações de trabalho e contratuais que vêm sendo desenvolvidas no Sistema Único de Saúde hoje no Brasil, com estas referências, permitiu resgatar a centralidade do trabalho e da qualificação profissional no processo de trabalho em saúde.

### **A reestruturação produtiva e a busca de novos paradigmas para a gestão do trabalho**

A Terceira Revolução Industrial, marcada pela reestruturação produtiva, pela internacionalização do mercado, com predomínio da esfera financeira, e pela revolução tecnológica, expande-se nos anos 80. Esta nova ordem econômica leva a um aumento dos custos da produção com queda tanto do lucro total como do lucro unitário.

Para Dedecca<sup>2</sup>, qualquer tentativa de reverter esta situação implicava em que as empresas reordenassem as relações de produção estabelecidas com outras formas de capital, tanto internamente, como na relação com o Estado e como na relação com os trabalhadores. A regulação do trabalho implicava em custos diretos e indiretos já que parte dos impostos resultava desta regulação, havendo a necessidade de ajustar os custos do trabalho às novas relações de produção, o que segundo este autor significava “flexibilizar a regulação”.

As mudanças que ocorreram no cenário internacional, de acordo com Dedecca<sup>2</sup>, foram: redução do seguro desemprego, perda da estabilidade no emprego, desvalorização do poder de compra do salário mínimo, flexibilidade salarial e da jornada de trabalho, flexibilização das estruturas ocupacionais na negociação coletiva e redução do poder da esfera pública sobre o processo de alocação do trabalho pelas empresas.

O novo modelo de desenvolvimento econômico rompe com os pressupostos do direito ao trabalho na relação salarial fordista, a saber: caráter coletivo, efetividade do emprego e uniformização dos estatutos sociais levando à crise do contrato social, do estado Providência e da relação salarial. Nos países desenvolvidos este processo vai variar em função do grau de regulação pública do ponto de vista social, sendo que as mudanças mais substantivas ocorreram na Inglaterra, Estados Unidos, Itália e Espanha<sup>6</sup>.

No Brasil este fenômeno ganha proporções maiores considerando as carências sociais, fazendo com que a economia cresça mais do que o ingresso da população economicamente ativa (PEA) no mercado de trabalho e a marginalização da população menos escolarizada.

A desregulação de um mercado, que já era precariamente regulado, em função das mudanças na economia mundial e da globalização ganha espaço no Brasil a partir da década de 80.

Em um primeiro momento ela acontece de forma contraditória quando paralelamente à desestruturação do mercado de trabalho observa-se uma tentativa de regulamentá-lo, que não dá conta de responder as exigências do novo modelo. Em um segundo momento, já na década de 90, estes dois vetores passam a seguir na mesma direção, ou seja, no sentido das reformas estruturais e trabalhistas.

Do ponto de vista estrutural destaca-se o crescimento desordenado do setor terciário (comércio e serviços), aumento dos níveis de desocupação e desemprego, crescimento expressivo da informalidade nas relações de trabalho, perda na qualidade dos postos de trabalho e a estagnação relativa dos rendimentos médios oriundos do trabalho. Estes dados são apresentados e discutidos por Cardoso Júnior<sup>6</sup> ao abordar a macroeconomia e o mercado de trabalho no Brasil.

Ao longo dos anos 2000, ainda que sem modificar as condições mais gerais da flexibilização das relações de trabalho, no bojo da melhora das condições econômicas, é possível observar uma tendência de maior formalização dos contratos de trabalho no Brasil expressa pelo aumento de empregos com carteira de trabalho assinada. De acordo com a Pesquisa Mensal de Emprego<sup>8</sup>, para o conjunto de seis regiões metropolitanas, em 2004, 39,5% dos empregados do setor privado, tinham carteira de trabalho assinada percentual que sobe para 49,7% em fevereiro de 2012<sup>8</sup>. Os dados da pesquisa mostram também uma tendência de diminuição no nível de trabalho informal e um aumento significativo

no número de postos de trabalho com carteira assinada nesse período<sup>8</sup>.

A análise do rendimento médio real total da população ocupada nas regiões metropolitanas do conjunto das seis cidades que fazem parte da PME<sup>8</sup> apresenta também, uma melhora significativa para o ano de 2012 em relação a 2002, representando um acréscimo relativo de 11% no rendimento real total da população ocupada.

Em que pese certa inflexão na estrutura do mercado de trabalho brasileiro na última década, as novas formas de organização laboral no cenário mundial continuam a pressionar no sentido de mudanças nas suas relações que resultam entre outras estratégias gerenciais: na remuneração por resultados, no enxugamento da estrutura de cargos e salários, na redução dos salários e na institucionalização do trabalho aos domingos.

Estas demandas por flexibilização da regulação pública, geram demandas de flexibilização de direitos que se expressam em medidas legais que instituem: contratos por tempo parcial ou temporário, redução das contribuições sociais, diminuição da fiscalização sobre os contratos de trabalho, contrato de serviços de natureza de pessoa jurídica – “trabalhador pessoa jurídica”, medidas estas que resultam sempre em novas formas de contratação formal de trabalho sem proteção social<sup>2</sup>.

Em um mercado de trabalho estruturado, onde os direitos sociais são conquistas consolidadas e a sociedade organizada com capacidade de vocalização e negociação, o impacto das mudanças é diferente do que naqueles como o Brasil, onde o modelo de regulação permitiu sempre uma elevada flexibilidade das relações e dos contratos. No nosso caso, a modernidade pode chegar mais uma vez de uma forma perversa, como coloca Deddeca<sup>2</sup>.

### A regulação do Trabalho no Brasil

Para analisar o impacto das mudanças políticas, econômicas e sociais que vêm acontecendo nos últimos 20 anos e seu impacto no mundo do trabalho, é importante ter um olhar sobre a regulação do mercado de trabalho e as mudanças que vêm ocorrendo nos últimos trinta anos.

O modelo da sociedade salarial no qual está fundamentado o moderno direito do trabalho desenvolveu-se na base de um Estado e de Políticas Públicas voltadas para a construção de uma sociedade de pleno emprego e de bem estar social.

Ao discutir a flexibilidade e a precariedade do mercado de trabalho, Deddeca<sup>2</sup>, destaca que as

mudanças técnicas e organizacionais produzidas pela II Revolução Industrial, contribuíram para a institucionalização do contrato de trabalho. Rompe-se com a dimensão individual, levando sua transferência da esfera privada para a pública, reduzindo a assimetria capital trabalho<sup>2</sup>.

Este período, que vai dos anos 30 aos 40, caracteriza-se pela estruturação do mercado de trabalho, com a difusão do assalariamento da mão de obra pelo sistema econômico ao mesmo tempo com aceitação pela sociedade desta nova forma de relação que avança no sentido dos direitos sociais.

Do ponto de vista da regulamentação instituem-se normas legais que oferecem parâmetros mínimos de funcionamento do mercado de trabalho em relação ao uso (condições de contratação e jornada), à remuneração (políticas e reajustes salariais, salário mínimo) e de proteção social (direitos sociais e trabalhistas). Para Cardoso Júnior<sup>6</sup> a regulação do mercado de trabalho é a síntese desses dois fatores, estruturação e regulamentação, e vai depender do padrão de desenvolvimento de cada sociedade.

O Brasil, país de desenvolvimento e industrialização retardatária, não seguiu a mesma trajetória de desenvolvimento industrial dos países da Europa e dos EUA. No período em que estes países iniciavam um processo de regulação do mercado de trabalho, estávamos saindo de uma sociedade escravocrata, com uma economia ainda fortemente agrícola até a década de 50. Para Santos (apud Ferreira)<sup>1</sup>, “A normatividade do trabalho é o resultado da correlação de forças sociais e reflete os modelos sociopolíticos dominantes, colocando-se como um fato político social, refletindo os avanços ou retrocessos do direito do trabalho nas sociedades”.

Como aponta Dedecca<sup>2</sup> o processo de industrialização no Brasil se inicia na década de 30, em um contexto de governo despótico que procura consolidar o Estado Nacional, estimulando o processo de industrialização nacional e ampliando a participação do Estado nas diversas esferas administrativas. Introduce-se alguma regulação sobre o contrato de trabalho ainda que mantendo uma relação assimétrica entre capital e trabalho e implementa-se uma política pública pouco integrada e de baixa cobertura<sup>2</sup>.

O instrumento de regulação utilizado é a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que restringe o conjunto de direitos aos trabalhadores urbanos e subordina a estrutura sindical ao Estado promovendo o que passou a ser conhecido como cidadania regulada.

Na área de saúde, do início do século XX a 1945 a ação do governo estava voltada para as campanhas sanitárias. O objetivo era manter os portos e pontos de circulação de mercadorias de interesse econômico da época, livres da ação de vetores e “pragas” presentes nestes locais, já que sua presença poderia representar uma grande perda econômica na exportação de produtos. Através de uma política de saúde voltada para as ações coletivas, com foco no chamado sanitário camponês, a contratação de pessoal era dirigida para campanhas sanitárias, de forma temporária e precária. As ações voltadas para o controle de doenças e de riscos a saúde individual, era realizada por profissionais liberais particulares e pelas Casas de Misericórdias mantidas pela igreja.

Na década de 40, com o início da estruturação do mercado de trabalho no setor saúde, seus profissionais, em sua grande maioria, passam a estar inseridos no mercado de trabalho pela via privada através das caixas e institutos de pensões. Poucos eram aqueles contratados exclusivamente pelo governo, sendo que esses focavam suas ações em práticas de saúde pública com ações voltadas para a atenção materno-infantil e preventivas nas campanhas sanitárias.

No período de 1950 a 1964 com a democratização e o crescimento do país se inicia um processo de democratização da regulação do contrato de trabalho ampliando-se o sistema de proteção social e ao trabalho. Este processo é interrompido com a instauração de um novo regime autoritário em 1964, que mantém a natureza formal da regulação pública.

Neste período, impulsionado pelo desenvolvimento da medicina científica no cenário internacional, o foco da política de saúde do governo brasileiro passou a ser nas práticas curativas, estimulando a formação de um complexo médico-industrial e hospitalar, respaldado em normas que privilegiavam a contratação de serviços de terceirizados.

O modelo dos Institutos por categorias profissionais foi substituído por um modelo centralizado que unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INPS).

No setor saúde, a ampliação da seguridade social e da assistência médica a novas categorias sociais e a proliferação de contratos de serviços com empresas privadas, resultantes deste novo modelo, reconfigura o mercado de trabalho. O que se observa é uma tendência ao assalariamento da ca-

tegoria médica e a proliferação de postos de trabalho sem controle por parte da previdência, dos serviços e dos contratos praticados nas diferentes formas de compra de serviços de saúde.

As consequências deste modelo de atenção no mercado de trabalho são a recessão, a rotatividade exacerbada da força de trabalho e a contenção salarial. A inflação e o desemprego comprometem cada vez mais a ampliação real da regulação pública no mercado em geral trazendo para a cena pública os sindicatos, na defesa do emprego e dos salários<sup>2</sup>. A maioria dos contratos no setor público era realizada através da CLT, situação que só vai se reverter na década de 80, com a nova constituição.

#### **A Reforma Administrativa e a desregulação do mercado de trabalho no setor público e privado**

A nova Constituição representa uma conquista política e um avanço no sentido da democratização, da equidade e da cidadania, sendo conhecida como a “Constituição Cidadã”. Nela institui-se entre outras conquistas sociais a universalização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que normatiza as contratações no setor público.

O RJU determinava a necessidade de submeter o servidor público a um regime próprio, com ingresso nas carreiras através de concurso público, fazendo com que, no início da década de 90, os vínculos celetistas fossem convertidos em vínculos estatutários.

No entanto, as pressões econômicas e políticas nacionais e internacionais, na época, induziam a opções por políticas de governo orientadas para a diminuição do Estado e para a flexibilização das relações de trabalho, priorizando seu papel regulador em detrimento do seu papel executor, até então predominante.

Compreender a conformação do fenômeno de flexibilização das formas de trabalho no setor público brasileiro que ocorreram a partir da década 90 pós-Constituição de 1988, pressupõe o conhecimento da lógica introduzida pela Reforma do Estado (1990) e a Reforma Administrativa e Gerencial (1995). O objetivo central era a delimitação do tamanho do Estado, a definição de seu papel regulador, a recuperação da governança ou da capacidade econômica e administrativa para implementar as decisões políticas tomadas pelo governo e o aumento da governa-

bilidade ou da capacidade política do governo para intermediar interesses, garantir legitimidade e governar<sup>9</sup>.

Rompendo com a lógica de afastamento entre o público e o privado, a Reforma do Estado introduziu no setor público o conceito de flexibilidade. Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998<sup>10</sup>. A quebra do Regime Jurídico Único, com a permissão da contratação pelas instituições públicas, de pessoal regido pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial são algumas das evidências desta tendência flexibilizadora.

Aprovada em junho de 1998 a Emenda Constitucional nº 19/1998<sup>10</sup>, apesar de resguardar os princípios do direito adquirido, introduz mais de 100 modificações legislativas, alterando o regime da administração pública, com objetivo de: reduzir o quadro de servidores públicos; conter os gastos públicos em virtude da crise fiscal; permitir aprovação de medidas para demissão voluntária; limitar despesas com pessoal; e ampliar condições para contratação temporária.

Esta nova legislação abre a possibilidade de demissão do servidor por insuficiência de desempenho ou excesso de quadros, promove mudanças no regime previdenciário do servidor e abre a possibilidade de contratação de Organizações Sociais (OS), para a realização das atividades públicas inerentes ao Estado e a Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF n. 101<sup>11</sup>. A lei estipula a limitação em no máximo 60% do orçamento para gastos com folha de pagamento e determina que as despesas decorrentes de gastos com terceirização devem compor as despesas de pessoal na folha de pagamento, para efeito de limite de gastos.

Outro mecanismo de flexibilização no setor público que passa a ser utilizado com vigor é a contratação de mão de obra, sob a forma de terceirização. Este instrumento legal de regulação dos contratos temporários criado em 1977, através do Decreto 2271<sup>12</sup>, e utilizado de forma residual na administração pública, ganhou maior centralidade frente às mudanças no cenário político e econômico.

A política de redução do Estado, através da privatização e terceirização de serviços, do limite com gastos de pessoal e a não realização de concurso público pelo governo federal, foram fatores preponderantes para o crescimento do mercado informal de trabalho em saúde, com gran-

des prejuízos para o trabalhador. A introdução de modelos de contratação, se não precários, pois são na maioria das vezes feitos com amparo legal, certamente pouco regulados vai comprometer direitos sociais historicamente conquistados pelos trabalhadores.

### **A regulação do mercado de trabalho no setor saúde**

Considerando que, no Brasil, embora o modelo de regulação, oriundo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelecesse direitos formais, a desregulação do mercado, ampliou a flexibilidade dos contratos de trabalho, provocando a redução da proteção social e a desvalorização dos rendimentos. Dedecca<sup>2</sup>, utilizando a classificação de Burawoy<sup>13</sup>, considera que o país transitou nos últimos 18 anos, de um regime de regulação assimétrico com forte subordinação do trabalho ao capital, uma “regulação despótica”, para um regime de “regulação despótico-hegemônica”, igualmente assimétrico, mas negociado de forma coletiva, embora em condições desiguais, já que eram pautados pela garantia do emprego e da sobrevivência.

A desregulação do trabalho afetou também o setor público através da flexibilização do Regime Jurídico Único (Emenda Constitucional nº 19/1998<sup>14</sup>), instituído pela Constituição de 1988<sup>15</sup>, e pelo estabelecimento de vínculos irregulares, gerando desigualdade e precarização, do ponto de vista dos direitos sociais.

Na área da saúde, o mercado de trabalho segue a tendência geral da evolução (ou involução) das relações de trabalho brasileiras nos últimos vinte anos. Este quadro tem levado a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no Sistema Único de Saúde com impacto direto na quantidade e na qualidade dos mesmos.

A política de enxugamento da máquina pública, evidenciada pela restrição de concursos públicos na década de 1990, aliada às demandas sociais pelos serviços de saúde, em um cenário que já induzia a administração pública a contratar seus recursos humanos de forma não regular, encontrou no setor de saúde um ambiente favorável para a rápida proliferação desta prática, na medida em que os gestores de saúde da época tinham necessidade de implementar e expandir o Sistema Único de Saúde, atendendo os aspectos do direito à saúde<sup>4</sup>.

Alguns destes novos arranjos flexíveis apontados são as fundações e organizações sociais de interesse público resultantes de modificações na

estrutura jurídica - administrativa de unidades prestadoras de serviços de saúde. Conjugadas à terceirização de alguns conjuntos de atividades nestas unidades e à contratação de prestadores individualizados, atualmente, são inúmeras as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde<sup>5</sup>.

A reforma administrativa levada a cabo pelo governo Fernando Henrique Cardoso nos anos de 1990, não foi capaz de produzir uma norma geral para a administração pública que permitisse a definição clara de finalidade e modo de gestão entre os modelos jurídicos institucionais existentes no Estado brasileiro ou os criados nesse período. Este é o caso das OS (Organizações Sociais) e OSIP (Organizações Sociais de Interesse Público) que, embora não pertencentes organicamente ao aparelho do Estado, são entidades prestadoras de serviços públicos que se relacionam com este através de um tipo de contrato específico.

Acrescenta-se a isto, segundo Machado<sup>3</sup>, o fato de que o SUS vem operando segundo a lógica de parceria entre o público e o privado, este último representado pelo sistema de saúde suplementar constituído por seguros e planos de saúde. Ao analisar trabalho e emprego em Saúde, a autora afirma que este conjunto de sistemas e subsistemas vai estruturar o mercado de trabalho em saúde vigoroso capaz de gerar mais de dois milhões e quinhentos mil empregos diretos<sup>3</sup>. Configura-se, assim, dois mercados de trabalho que se estruturam e concorrem em uma conjuntura de emprego fragmentada, precária, mal remunerada, aprofundando as heterogeneidades.

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado neste período, foi uma das áreas mais impactadas por este novo arranjo político-institucional como demonstram diversos estudos que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde vinculados através de entidades diversas<sup>4</sup>.

O PSF ao se expandir para os grandes centros urbanos, onde encontrava uma estrutura de serviços já consolidada, enfrentou o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas.

Ao avaliar a implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos do país<sup>16</sup>, os pesquisadores, encontraram diversos modelos de vinculação institucional para a gestão de recursos humanos, concomitante à preservação do regime de servidor público estatutário. Esta diversidade de vínculos incluía contratos temporários, cooperativas, prestação de

serviços, contrato com instituições filantrópicas, bolsas de pesquisa através de fundações de apoio e OSCIP. Para os autores as modalidades de contratação de profissionais para compor a ESF se caracterizaram, em alguns casos, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, que implicou numa relação jurídica que eliminou os direitos sociais garantidos pela CLT<sup>16</sup>.

Este quadro vem se revertendo parcialmente, a partir do segundo mandato do Presidente Lula, (2005-2008), que estabelece como meta a regulamentação das relações de trabalho no setor público, promovendo a realização de concursos públicos.

A pesquisa “Implementação da Estratégia de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos”<sup>17</sup>, reproduzida em 2008 em quatro municípios, aponta para uma reversão deste modelo em alguns dos estudados (Aracaju /SE, Belo Horizonte /MG, Florianópolis /SC e Vitória /ES), com a realização de concursos públicos. Em 2008, 93% dos médicos da ESF em Aracaju, 81% em Belo Horizonte, 66% em Florianópolis e 91% em Vitória eram servidores estáveis que ingressaram nos quadros das respectivas Secretarias Municipais de Saúde através de concurso público<sup>7</sup>. Paralelamente, vem se aprofundando o debate sobre novos modelos de gestão pública de forma a responder à demanda crescente pelos serviços de saúde. Neste cenário volta a ganhar espaço o processo de terceirização através de contratos de gestão com Organizações Sociais e fundações estatais de direito privado. Municípios de grande porte como São Paulo e Rio de Janeiro, vêm adotando estes novos modelos de gestão o que novamente coloca em questão, os vínculos e as contratações num mercado privado, pouco regulado.

O fato de não termos uma Lei geral para a administração pública traz consequências para a gestão e o desenvolvimento da força de trabalho, especialmente em um setor caracterizado pela necessidade de mão de obra extensiva como é o caso da saúde. Não há uma norma geral balizadora para os modelos jurídicos implementados pela União, estados e municípios, para gerir serviços em geral e em especial os de saúde. Desta forma, uma Fundação Estatal de Direito Privado criada em um determinado estado da federação pode ser significativamente diferente da de outro estado, também para gerir serviços de saúde.

A avaliação e o monitoramento do trabalho e dos trabalhadores são feitos através da avaliação do cumprimento das metas pré-estabelecidas, sem que haja normas reguladoras de admissão, demissão e desempenho dos trabalhadores. Ainda em relação aos direitos sociais, es-

tas novas modalidades levam a uma diminuição ou mesmo ausência de regulação das condições, carga horária e dos tempos de trabalho.

Este cenário remete a outro fator crítico em relação ao mercado de trabalho no setor que o diferencia do mais geral que é a particularidade do processo e da estrutura ocupacional no campo da saúde. Na saúde, existem funções e atividades diretamente relacionadas a determinadas categorias profissionais, que exigem uma qualificação própria e são reguladas externamente, com o controle do poder público<sup>2</sup>.

A qualificação de recursos humanos se coloca atualmente na literatura sobre gestão, como um diferencial competitivo no mercado de trabalho e como forma de garantir eficiência e eficácia às propostas e projetos institucionais. Na área da saúde, considerando a sua especificidade e objeto de trabalho, este é outro grande desafio para a implementação das políticas de saúde.

Os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam na necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhe permita enfrentar a diversidade e a “adversidade” do processo saúde no mundo atual<sup>7</sup>.

### A Gestão do Trabalho em Saúde

A discussão sobre os resultados deste debate recai sobre a fragilidade da regulação do mercado de trabalho no Brasil e a necessidade de ampliar a reflexão sobre novas formas de institucionalização das relações de trabalho que garantam o princípio da equidade e a função social do trabalho.

Para Ferreira<sup>1</sup>, a crise do emprego, a perda da dimensão coletiva do trabalho e o esvaziamento dos contratos constituem-se na questão central da crise dos direitos sociais e do modelo clássico do direito do trabalho.

As tensões geradas por este conflito entre demandas da economia globalizada e direitos sociais por ele analisadas, partindo do modelo do “ideal típico” em que o mundo do trabalho se constitui de direitos laborais, elege oito categorias, as quais chama de dilemas ou “variáveis padrão” que refletem as tensões entre as lógicas emancipatórias e regulatórias da atividade laboral, a saber: mercado de trabalho; emprego; conformação do poder patronal; condições de trabalho; formação, educação e qualidade do emprego; rendimento; representação; igualdade.

Em sua análise Ferreira<sup>1</sup> evidencia o conflito e a dificuldade que o trabalho vem encontrando

para sustentar a cidadania, em função do desequilíbrio que se configura entre a ordem e a solidariedade social.

Nesta lógica, parâmetros como segurança, saúde e higiene, formação profissional e aprendizagem, horário de trabalho, acesso a formas de resolução de conflitos, salários mínimos e proteção social, constituem-se em garantias mínimas de cidadania no trabalho.

Numa tentativa de trazer esta discussão para a realidade brasileira, na perspectiva das relações de trabalho no setor público na área da saúde, foi feita uma adaptação do Quadro Variáveis Padrão do modelo do Direito do Trabalho<sup>1</sup>, apresentado a seguir no Quadro 1, que procura sintetizar o impacto das mudanças na sua regulação.

Dentre as variáveis consideradas como fatores de tensão em relação ao Modelo de Direito do Trabalho na Área Social, além do que já foi discutido anteriormente, cabe destacar o conflito gerado na área da saúde no setor público e contratado e que tem forte impacto: a oportunidade de formação e qualificação para os trabalhadores.

As transformações do trabalho no mundo contemporâneo apontam para mudanças no campo da formação profissional, que passa a não se limitar, apenas, à preparação de pessoal para entrar no mercado de trabalho. O novo modelo exige um processo contínuo de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional dos trabalhadores, além de uma interação entre ensino e serviço, no sentido da construção de uma base sólida de conhecimento, de forma a integrar os princípios científicos que informam a prática cotidiana.

No setor da saúde, a incorporação de novas tecnologias não pode abrir mão do trabalho vivo, o que acentua a necessidade de formação e qualificação permanentes dos trabalhadores desse setor.

No entanto, na forma como o mercado de trabalho vem se estruturando, esta responsabilidade passa a ser do trabalhador, que tem o ônus de manter-se “empregável”, ou seja, manter-se sempre atualizado, de maneira a garantir um “diferencial competitivo”. Transfere-se assim a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e qualificação do trabalho das instituições para os trabalhadores.

Esta situação se agrava no setor público, considerando o fato de que parte considerável dos trabalhadores é contratada de forma terceirizada, através de OS, OSIP ou por empresas prestadoras de serviço. A qualificação de profissionais, com este tipo de vinculação, não tem sido consi-

derada, do ponto de vista legal, como uma responsabilidade do Estado (empregador). No entender dos Órgãos de Controle, tais como Controladorias e Tribunais de Contas, não se pode alocar recursos públicos para formação e qualificação neste tipo de relação contratual. Este posicionamento inibe a efetivação de um processo permanente e necessário de qualificação trazendo consequências tanto para o trabalhador quanto para a qualidade do serviço prestado.

Adequar a força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo em termos de formação e qualificação profissional coloca gestores e formadores diante de um grande desafio que é manter a qualidade em termos de aquisição de competências imprescindíveis ao bom desempenho profissional, principalmente em áreas cuja natureza é a preservação do outro, do ser humano, como é o caso da saúde, e, ao mesmo tempo, zelar para que possa haver uma ação de recuperação social para que os ditos não competentes possam, a curto ou médio prazos, tornarem-se incluídos no rol dos competentes<sup>18</sup>.

Do ponto de vista da regulação, a diferenciação dos vínculos e a intermediação dos contratos colocam o trabalhador numa posição vulnerável na medida em que as negociações são feitas individualmente, pouco regulamentadas e os contratos negociados pelas empresas, cabendo ao trabalhador apenas aderir ao que já foi previamente acordado.

Tendo como princípio que o trabalho é um ato social, Ferreira<sup>1</sup>, identifica neste processo três fatores que contribuem para a descaracterização do paradigma clássico do direito do trabalho e das relações laborais que hoje no Brasil, no setor saúde, são os grandes desafios para a gestão do trabalho: i) a crise do emprego; ii) a perda da dimensão coletiva do trabalho; iii) o esgotamento do contrato de trabalho.

### Considerações Finais

Pensar prospectivamente a nova realidade do mundo do trabalho implica em discutir a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, a saber: acesso e natureza dos postos de trabalho, proteção social, remuneração, ambiente e condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia.

Para isto faz-se necessário ampliar o leque de investigações sobre as formas de regulação do trabalho no setor público e privado de saúde no Brasil, através de uma agenda de pesquisa que

**Quadro 1.** Variáveis Padrão do Modelo de Direito do Trabalho na Área Social aplicado às relações de trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil.

| Variáveis padrão do Modelo de Direito do Trabalho na Área Social | Tensões na relação trabalho-emprego no âmbito dos serviços públicos de saúde no Brasil  |  |
|--|---|--|
| Mercado de trabalho  | Adequadas oportunidades de acesso ao emprego e garantias estatais de emprego no setor público;  | Desigualdade de oportunidades e acesso ao emprego no setor público em função da terceirização e consequente multiplicidade de formas de contrato.            |
| Emprego  | Proteção contra demissão arbitrária; regulação das formas de contratação, regulamentação dos contratos de trabalho, etc.  | Ausência de normas reguladoras de admissão; demissão; desregulamentação nos contratos de trabalho terceirizados; instabilidade dos vínculos.                 |
| Condições de trabalho  | Proteção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais através da regulação das condições de segurança, saúde e higiene no trabalho; da limitação do tempo no trabalho, trabalho noturno, etc.   | Diminuição ou ausência de regulação das condições de trabalho; flexibilização dos horários e dos tempos de trabalho com a intermediação dos contratos.       |
| Formação, educação e qualidade do emprego                        | Criação de oportunidades de formação ao longo da vida, interrupções para a formação, formação profissional, contratos de aprendizagem, etc.   | Ausência de oportunidades de formação e desenvolvimento na perspectiva de carreira, de mobilidade e ascensão profissional.                                   |
| Rendimento   | Proteção do rendimento, estabelecimento de salários mínimos, rendimento de inserção, subsídio de desemprego, incidência da carga fiscal sobre os rendimentos do trabalho, mecanismos de segurança social, reformas, tipos de prestações assistenciais, etc.                 | Não fixação de salários mínimos e instâncias de negociação; ausência de mecanismos de negociação coletiva; desigualdade de mecanismos de proteção social.    |
| Representação  | Proteção da voz coletiva no mercado de trabalho, proteção do reconhecimento como parceiro social, proteção do diálogo social através de sindicatos livres e independentes e associações de empregadores, direitos à greve, direitos de informação, participação e consulta. | Não reconhecimento dos direitos sindicais e de participação; não reconhecimento do direito à greve tanto dos vínculos estatais, temporários e terceirizados. |

Fonte: Elaboração própria tendo como referência o Quadro Variáveis Padrão do modelo do Direito do Trabalho elaborado por Ferreira<sup>1</sup>.

contemple as variáveis identificadas por Ferreira<sup>1</sup> no padrão do modelo de direito do trabalho na área social: mercado de trabalho; emprego;

conformação do poder patronal; condições de trabalho; formação, educação e qualidade do emprego; rendimento; representação; igualdade.

## Colaboradores

MIC Martins e A Molinaro participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Ferreira AC. Para uma concepção decente e democrática do trabalho e dos seus direitos: (Re) pensar o direito das relações laborais. In: Boaventura SS, organizador. *A Globalização e as Ciências Sociais*. 3ª Edição. São Paulo: Cortez; 2005. p. 257-300.
2. Dedecca CS. Flexibilidade e Regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: *Colóquio Internacional Novas Formas do Trabalho e do Desemprego: Brasil, Japão e França*, numa perspectiva comparada. São Paulo: USP; 2006.
3. Machado MH. Trabalho e Emprego em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
4. Nogueira RP, Piola SF, Vianna SM. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: Nogueira RP, Piola SF, Vianna SM, Rodrigues VA. *Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Brasília: UnB, CEAM, NESP, ObservaRH; 2010. p. 131-153.
5. Pierantoni CR. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):341-360.
6. Cardoso Júnior JC. Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: trajetória recente e tendência aparente. In: Duarte BC, Cardoso Júnior JC, Nogueira RP, Rodrigues VA. *Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a dimensão econômica na gestão de recursos humanos no Brasil*. Brasília: UnB, CEAM, NESP, ObservaRH; 2010. p. 17-70.
7. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Mensal de Emprego*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
9. Molinaro A. *Do Estado gerencial ao Estado precário: o emprego público federal na década de 1990* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
10. Brasil. Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 5 jun.
11. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 5 maio.
12. Brasil. Decreto 2.271, de 7 de julho de 1977. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1977; 8 jul.
13. Burawoy M. A Transformação dos Regimes Fabris no Capitalismo Avançado. *RBCS* 1990; 5(13):29-50.
14. Brasil. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 5 jun.
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família*. Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos, Síntese dos Principais resultados. 2ª Edição Atualizada. Brasília: Editora MS; 2005. (Série C: Projetos, programas e relatórios)
17. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.
18. Depresbiteris L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. In: Ministério da Saúde (MS). *Formação - Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. Brasília: MS; 2001. p. 27-37.

Artigo apresentado em 28/02/2013

Aprovado em 05/02/2013

Versão final apresentada em 07/03/2013